

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação
DISSERTAÇÃO

UMA CIDADE AMIGÁVEL PARA AS PESSOAS COM MOBILIDADE CONDICIONADA
A FRIENDLY CITY FOR DISABLED PEOPLE

Dissertação orientada pela
Professora Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins
e coorientada pela
Mestre Rute Salomé da Silva Pereira

ANA ISABEL RIBEIRO DA SILVA PEREIRA

“Se nos respeitássemos como diferentes,
seríamos mais iguais nos direitos.”

Maria Manuela Martins,
O Povo Famalicense (2019)

AGRADECIMENTOS

À Professora Maria Manuela Martins por ser o modelo de Enfermagem que anseio atingir, pela dedicação e apoio incondicional, orientando-me nos diversos caminhos a seguir e transmitindo-me os seus vastos conhecimentos ao longo do desenvolvimento deste estudo.

À Enfermeira Rute Pereira pela prontidão em assumir o compromisso da coorientação deste trabalho, demonstrando a sua disponibilidade total e amizade, contribuindo de forma preciosa para a constituição do mesmo.

Ao Engenheiro Vítor Leite e a toda a equipa do Gabinete de Apoio e Vereação – Mobilidade e Trânsito; Segurança Rodoviária da Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão pela oportunidade e por toda a ajuda e amabilidade manifestada.

À Professora Bárbara Gomes por todos os ensinamentos.

Aos meus Pais pelo amor absoluto, por serem a minha âncora, mas também a vela que me faz navegar. A vocês devo tudo aquilo que sou hoje.

À Mariinha, minha irmã e melhor Amiga, por ser um furacão de leveza e força revigorante na minha vida e por todos os dias me mostrar o esplendor do significado da fraternidade. Contigo a meu lado tudo é mais bonito.

Ao Paulo, o lar a quem pertence o meu coração, pelo amor infinito, por me agarrar firmemente em todas as ocasiões e por dar cor ao nosso mundo todos os dias. Foste parte essencial ao longo de mais esta jornada.

À Avó Bel pelo carinho e amor de todos os dias, sábios conselhos e histórias de encantar.

Ao Salvador pela ternura e lealdade das suas sestras aos pés da mesa de trabalho.

Ao Avô Luís, ao Avô Emídio, à Avó Palmira e ao Tio Zé, de quem eu tenho tantas saudades... Obrigada por me abençoarem com a vossa luz e me fazerem sentir a vossa presença todos os dias.

A Deus, Nossa Senhora de Fátima, Jesus e Nossa Senhora do Alívio por serem os meus pilares, a minha força de todas as horas. Por me oferecerem o dom da vida e me permitirem absorver a alegria em todas as coisas.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

APPLA - Associação Portuguesa de Planeadores do Território

APER – Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação

Art. – Artigo

CCPT – Comité Coordenador para a Promoção da Acessibilidade

CE – Comissão Europeia

CEA – Conceito Europeu da Acessibilidade

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CIT – Centro de Informática da Escola Superior de Enfermagem do Porto

CNCAEPD – Comissão Nacional de Coordenação para o Ano Europeu das Pessoas com Deficiência

CRP – Constituição da República Portuguesa

FMI – Fundo Monetário Internacional

ICVM – Instituto de Cidades e Vilas com Mobilidade

ICN - *International Council of Nurses*

INR – Instituto Nacional para a Reabilitação

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAIPDI - 1º Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade

PNPA – Plano Nacional para a Promoção da Acessibilidade

PRN – Plano Nacional de Reformas

PRS – Projeto de Resolução do Senado

RAMPA – Regime de Apoio aos Municípios para a Acessibilidade

RCM – Resolução de Conselho de Ministros

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

USP – Universidade de São Paulo

RESUMO

Para que a inclusão social das pessoas com mobilidade condicionada seja uma realidade é necessário que a via pública e o meio edificado sejam acessíveis, visando a independência de todos os cidadãos no seu cotidiano.

Objetivos: Compreender até que ponto os ambientes externos ao edificado contribuem para a inclusão social das pessoas com mobilidade condicionada; analisar as condições das acessibilidades na via pública; indagar sobre a representação da acessibilidade na via pública para uma cidade inclusiva e compreender o papel do enfermeiro especialista em reabilitação como contributo para melhorar a acessibilidade das pessoas com mobilidade condicionada na via pública.

Metodologia: Estudo quantitativo, observacional descritivo transversal. Recorreu-se à amostragem não probabilística por escolha racional, constituída por 31 ruas num total de 62 percursos pedonais. Como método de colheita de dados recorreu-se a uma grelha de avaliação *ad hoc* (grelha de observação da acessibilidade da via pública), baseada no Decreto-Lei nº163/2006.

Resultados: Dos percursos pedonais avaliados, 75,8% permitem o acesso e permanência de uma pessoa em cadeira de rodas, bem como o alcance frontal e lateral aos objetos. Desses percursos, 61,3% não permitem a realização de manobras sem deslocamento e 40,3% com deslocamento. Das rampas existentes, 66,7% apresentam uma inclinação acessível, mas nenhuma delas apresenta corrimãos. Relativamente às passagens de peões, 59,5% são acessíveis sem dificuldade no que concerne à altura do lancil, porém a restante percentagem (40,5%) encontra-se distribuída pelos indicadores “acessível com ajuda” (3,8), “acessível com dificuldade” (11,4%) e “não acessível” (25,3%), sendo que nenhuma delas apresenta semáforos (com emissão de sinal sonoro). Sobre o número de lugares reservados a pessoas com mobilidade condicionada, 75,8% dos percursos não apresenta o número de lugares previstos por lei. Das características que estes espaços devem apresentar, 92% não possuem faixa lateral, 68% têm uma largura insuficiente e 36% comprimento também insuficiente. Já as paragens de autocarro são maioritariamente acessíveis no seu conjunto, apresentando a maior lacuna na informação legível (52,6% das paragens sem qualquer tipo de informação).

Conclusão: Os resultados obtidos evidenciaram que, apesar da legislação e políticas de acessibilidade vigentes, continuam a subsistir barreiras arquitetónicas na via pública e meio edificado, que influenciam diretamente a independência das pessoas com mobilidade condicionada, o que sugere que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve desenvolver um trabalho efetivo junto das entidades que são parte fulcral nas tomadas de decisões.

Palavras-chave: via pública; acessibilidade; mobilidade condicionada; inclusão; enfermagem.

ABSTRACT

For the social inclusion of disabled people to be a reality, it is necessary that the public highway and the buildings be accessible, aiming at the independence of all citizens in their daily lives.

Objectives: Understand the extent to which external environments contribute to the social inclusion of disabled people; analyze the accessibility conditions on public roads; to inquire about the representation of accessibility on the public highway and to understand the role of rehabilitation specialist nurses in improving the accessibility of disabled people on public highway.

Methodology: Quantitative, transverse descriptive observational study. We used non-probabilistic sampling by rational choice, consisting of 31 streets in a total of 62 pedestrian routes. As a method of data collection, was used an ad hoc assessment grid (public highway accessibility observation grid), based on Decree-Law no. 163/2006.

Results: According to the pedestrian routes evaluated, 75.8% allow the access and permanence of a person in a wheelchair, as well as the frontal and lateral reach of the objects. Of these routes, 61.3% do not allow the accomplishment of maneuvers without displacement and 40.3% with displacement. Of the existing ramps, 66.7% have an accessible slope, but none of them have handrails. With regard to pedestrian crossings, 59.5% are accessible without difficulty with regard to the height of the curb, but the remaining percentage (40.5%) is distributed as follows: "accessible with assistance" (3.8%), "difficult to access" (11.4%) and "not accessible" (25.3%), and none of them have traffic lights (with an acoustic signal). Regarding the number of places reserved for disabled people, 75.8% of the courses do not present the number of seats provided by law. These spaces do not have the characteristics they must present, 92% do not have lateral band, 68% have insufficient width and 36% length also insufficient. Bus stops are mostly accessible, although 52.6% of the stops do not present any type of information.

Conclusion: The results evidenced that, despite the existing legislation and accessibility policies, architectural barriers continue to exist in the public highway and buildings that directly influence the independence of the disabled people, which suggests that the Nursing Specialist in Nursing Rehabilitation must develop effective work with identities that are critical to decision making.

Keywords: public highway; accessibility; conditional mobility; inclusion; nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
I PARTE – A PROBLEMÁTICA DA ACESSIBILIDADE PARA PESSOAS COM MOBILIDADE CONDICIONADA.....	19
1. O Enfermeiro e a Inclusão Social	21
2. A Pessoa Com Mobilidade Condicionada	27
3. A Problemática das Barreiras Arquitectónicas na Via Pública vs Cidades Acessíveis / Amigáveis.....	34
3.1 O conceito de acessibilidade na via pública e as suas condições e condicionantes.....	34
3.2 Políticas de promoção de acessibilidade no território nacional.....	38
3.3 Legislação ao nível da acessibilidade nas Autarquias.....	43
II PARTE – O ESTADO DA VIA PÚBLICA - PREPARAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO E DESENHO DE ESTUDO	45
1. A Pergunta de Investigação	49
2. População e Amostra	50
3. Variáveis em Estudo e a sua Operacionalização	51
4. Instrumento de Colheita de Dados	62
5. Procedimento de Colheita e Análise de Dados	63
III PARTE – OLHARES SOBRE A ACESSIBILIDADE DA VIA PÚBLICA.....	65
1. As Pessoas com Mobilidade Condicionada do Município	65
1.1 Caracterização dimensional das vias públicas.....	67
1.2 Os percursos pedonais	67
1.2.4 Rampas na Via Pública.....	75
1.2.5 Passagens de Peões de Superfície.....	79
1.2.6 Passagens de Peões Desniveladas	81
1.2.8 Espaços para Estacionamento de Viaturas.....	82
1.2.9 Paragens de Autocarros	85
2. Olhares sobre a Mobilidade.....	93
3. Uma Janela de Oportunidade para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação	97
CONCLUSÃO	102

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
ANEXOS.....	116
Anexo I - Percursos Pedonais (Categorizações).....	117

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: O " <i>Modelo Caritativo</i> " da deficiência e ideias associadas	30
Figura 2: O " <i>Modelo Médico</i> " da deficiência e as ideias associadas.....	31
Figura 3: O " <i>Modelo Social</i> " da deficiência e as ideias associadas	32
Figura 4: O <i>Modelo baseado nos direitos e as suas associações</i>	32
Figura 5: <i>CIF - Níveis de Funcionalidade</i>	33
Figura 6: <i>Desenho do Percurso Metodológico</i>	48
Figura 7: <i>Mapa das ruas alvo de avaliação</i>	50
Figura 8: <i>Percursos Pedonais Não Acessíveis</i>	70
Figura 9: <i>Percurso Pedonal Não Acessível (Estado do Piso)</i>	72
Figura 10: <i>Percurso Pedonal Não Acessível (Ressaltos no Piso)</i>	73
Figura 11: <i>Percurso Pedonal Não Acessível (Elementos Vegetais)</i>	74
Figura 12: <i>Rampa Não Acessível</i>	78
Figura 13: <i>Passagens de Peões de Superfície Não Acessíveis</i>	80
Figura 14: <i>Estacionamentos Reservados Não Acessíveis</i>	85
Figura 15: <i>Paragens de Autocarro Sem Abrigo</i>	90

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: <i>Variável "Percursos Pedonais"</i>	53
Tabela 2: <i>"Escadarias na Via Pública"</i>	54
Tabela 3: <i>Variável "Escadarias em Rampa na Via Pública"</i>	55
Tabela 4: <i>Variável "Rampas na Via Pública"</i>	56
Tabela 5: <i>Variável "Passagens de Peões de Superfície"</i>	57
Tabela 6: <i>Variável "Passagens de Peões Desniveladas"</i>	58
Tabela 8: <i>Variável: "Espaço para Estacionamento de Viaturas"</i>	59
Tabela 9: <i>Variável "Paragens de Autocarros"</i>	60
Tabela 10: <i>Dificuldades sentidas na População do Município de Vila Nova de Famalicão</i> ...	66
Tabela 11: <i>Dificuldades sentidas na População na Freguesia de Vila Nova de Famalicão</i>	66
Tabela 12: <i>Descrição da Variável Percursos Pedonais - Zona de Permanência</i>	68
Tabela 13: <i>Descrição da Variável "Percursos Pedonais - Alcance"</i>	68
Tabela 14: <i>Descrição da Variável "Percursos Pedonais - Largura Livre"</i>	69
Tabela 15: <i>Descrição da Variável "Percursos Pedonais - Zona de Manobra"</i>	69
Tabela 16: <i>Descrição da Variável "Percurso Pedonais - Altura Livre"</i>	70
Tabela 17: <i>"Percurso Pedonais - Objetos Salientes"</i>	71
Tabela 18: <i>Descrição da Variável "Percursos Pedonais - Pisos e seus Revestimentos"</i>	71
Tabela 19: <i>Descrição da Variável "Percursos Pedonais - Ressaltos no Piso"</i>	72
Tabela 20: <i>Descrição da Variável "Percursos Pedonais - Elementos Vegetais"</i>	73
Tabela 21: <i>Descrição da Variável "Percursos Pedonais - Sinalização e Orientação"</i>	74
Tabela 22: <i>Descrição da Variável "Percursos Pedonais - Passeios e Caminhos de Peões"</i>	75
Tabela 23: <i>Descrição da Variável "Rampas na Via Pública - Inclinação"</i>	76
Tabela 24: <i>Descrição da Variável "Rampas na Via Pública – Largura"</i>	76
Tabela 25: <i>Descrição da Variável "Rampas na Via Pública - Plataforma Horizontal de Descanso"</i>	77
Tabela 26: <i>Descrição da Variável "Rampas na Via Pública - Corrimãos"</i>	77
Tabela 27: <i>Descrição da Variável "Rampas na Via Pública - Sinalização Táctil e Proteção"</i> ..	78
Tabela 28: <i>Descrição da Variável "passagens de Peões de Superfície"</i>	79
Tabela 29: <i>Descrição da Variável "Passagens de Peões Desniveladas"</i>	81
Tabela 30: <i>Descrição da Variável "Espaços para Estacionamento de Viaturas - Número de Lugares Reservados"</i>	83

Tabela 31: Descrição da Variável "Espaços para Estacionamento de Viaturas Estacionamento Reservado"	84
Tabela 32: Descrição da Variável "Paragens de Autocarro - Obstáculos"	86
Tabela 33: Descrição da Variável "Paragens de Autocarro - Área Adjacente"	86
Tabela 34: Descrição da Variável "Paragens de Autocarro - Ligação com Passeios"	87
Tabela 35: Descrição da Variável "Paragens de Autocarro - Acesso (por escada/por rampa)"	87
Tabela 36: Descrição da Variável "Paragens de Autocarro - Informação"	88
Tabela 37: Descrição da Variável "Paragens de Autocarro - Espaço de Aproximação"	88
Tabela 38: Descrição da Variável "Paragens de Autocarro - Abrigo"	89
Tabela 39: Descrição da Variável "Paragens de Autocarro - Paragem Sem Abrigo"	89

INTRODUÇÃO

Desde 2 de abril do ano de 1976 que Portugal tem em vigor a Constituição da República Portuguesa. Esta tem como objetivo máximo consagrar as liberdades, direitos e garantias fundamentais da população portuguesa. Neste sentido, segundo o artigo 13, a Constituição assegura que *“todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei”* e ainda, segundo o art. 26, que a *“todos são reconhecidos os direitos”*, entre eles o direito à cidadania e à proteção legal contra qualquer forma de discriminação (CRP, 2005).

Para que o direito à igualdade e o pleno exercício de direitos de qualquer cidadão possa realmente acontecer é necessário que haja acessibilidade para todos, visando a independência e autonomia nas suas mais diversas ações.

Gouveia, Mendes e Simões (2010) consideram a acessibilidade como sendo a capacidade do meio edificado em assegurar a igualdade de oportunidades, o mais autonomamente possível. Neste sentido, a acessibilidade funciona como elemento básico e fundamental do direito à igualdade de qualquer pessoa, quer tenha mobilidade condicionada ou não. Contudo, existem barreiras impeditivas à acessibilidade, que promovem a exclusão social: barreiras físicas.

Para compreender o foco do estudo importa mencionar os Censos de 2011, especificamente quando se referem à *“dificuldade na realização de atividades do quotidiano devido a problemas de saúde ou decorrentes da idade”*, cerca de 17,8% da população portuguesa com mais de cinco anos de idade declarou ter muita dificuldade, ou não conseguir realizar, pelo menos uma das atividades diárias (ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/vestir-se, compreender/fazer-se entender). Na população com 65 ou mais anos, este indicador atinge os 50%. Nas pessoas com cinco ou mais anos com pelo menos uma dificuldade, andar, com 25% das respostas, é a principal limitação manifestada. A Norte do país, a percentagem é de 17,2% (INE, 2013), pelo que podemos concluir que é evidente a necessidade de criar condições nas cidades para ser possível poder andar sem barreiras.

Tendo em conta as estatísticas fornecidas sobre o número de pessoas que apresentam algum tipo de dificuldade que afete a sua mobilidade e fazendo uma reflexão sobre o

estado da via pública, que tantas barreiras apresenta, surgiu o interesse em perceber até que ponto os municípios cumprem a legislação, com o intuito de os tornar locais acessíveis a toda a população.

O Decreto-Lei nº 163/2006, que veio revogar o Decreto-Lei nº 123/97, de 22 de Maio, tem como objetivo definir o Regime de Acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem o público, via pública e edifícios habitacionais. Este Decreto estipulou um prazo de 10 anos para a adaptação dos espaços públicos, prazo esse que terminou a 8 de fevereiro de 2017. Posto isto, importa perceber se o edificado do nosso país cumpre, de facto, as normas de acessibilidade.

Tendo em conta a problemática em questão, surge a questão de investigação: “Será que as condições das vias públicas facilitam a acessibilidade das pessoas com mobilidade condicionada?”, motivada pelo fato de que, segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação *“capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 2). Segundo o mesmo Regulamento, cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação reintegrar as pessoas com mobilidade condicionada no seu meio, tendo em conta que em cada local a organização das respostas é diferente e que as famílias não têm condições para abolir as barreiras no ambiente habitacional próximo (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Neste contexto, o presente trabalho terá como finalidade contribuir para uma sociedade mais sensível para a inclusão das pessoas com mobilidade condicionada, ao se pretender tornar visível os problemas da via pública para as pessoas com mobilidade condicionada.

A análise e construção da pesquisa será suportada pela Teoria de Adaptação postulada por Callista Roy, por considerar a pessoa como um sistema aberto e adaptativo que se encontra em constante interação com o ambiente (tanto externo como interno). Também o modelo das Atividades de Vida de Nancy Roper contribuiu para a investigação do problema em causa, por ajudar a melhor compreender a relação do ambiente com o bem-estar da pessoa.

A presente dissertação está organizada em três capítulos.

O primeiro capítulo denominado “A Problemática da Acessibilidade para Pessoas com Mobilidade Condicionada” inicia-se com uma análise acerca do tema da inclusão social e o

impacto que o Enfermeiro pode causar nesta temática, dando maior enfoque ao papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Prossegue-se com o esclarecimento da temática da Pessoa com Mobilidade Condicionada, explorando tanto o conceito de Pessoa com Mobilidade Condicionada, bem como o de Pessoa com Deficiência, fazendo alusão aos Censos, como forma de melhor perceber as estatísticas do nosso país.

O segundo capítulo intitulado “O Estado da Via Pública - Preparação do Trabalho de Campo” começa por esclarecer a opção metodológica utilizada, a população abrangida, as variáveis em estudo, os instrumentos e procedimentos de colheita de dados, as considerações éticas e ainda como foi realizada a aproximação ao campo.

No terceiro capítulo designado “Olhares sobre a Acessibilidade da Via Pública” serão apresentados os resultados obtidos no estudo, com recurso à estatística descritiva, seguindo-se o confronto de dados com outros estudos e por último apresentadas as conclusões que darão resposta à questão de investigação inicial.

Este documento pretende ser um relatório de uma experiência única de aprendizagem, pelo que se irá procurar expressar a consolidação da aprendizagem acerca do processo de investigação e do registo da análise de dados colhidos, como forma de demonstrar que ainda existe um caminho a percorrer enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação na temática em questão.

I PARTE – A PROBLEMÁTICA DA ACESSIBILIDADE PARA PESSOAS COM MOBILIDADE CONDICIONADA

Viver em sociedade é uma necessidade básica da espécie humana, estando, desde os primórdios da sua existência, inerente à sua sobrevivência. Já Aristóteles, no seu texto filosófico “Política”, descreveu o Homem como um animal cívico, ou seja, naturalmente inclinado para uma vida em sociedade, como sendo a melhor vida possível, declarando que é indispensável a tarefa de viver em coletividade (Aristóteles, 2006).

Precisamente pelo facto de as pessoas carecerem tanto umas das outras no seu dia a dia é que se torna crucial que haja uma organização social através de um conjunto de regras, de direitos e de deveres, que possam guiar a conduta de cada um com o fim último de uma plena satisfação.

Ao longo da História, as pessoas foram adquirindo responsabilidades, mas também direitos. A título exemplificativo tem-se o Livro Sagrado Hindu, o Código Babilónico de Hammurabi, a Bíblia, o Alcorão e as Antologias de Confúcio, como sendo as cinco fontes escritas mais antigas que abordam a temática dos direitos, deveres e responsabilidades. Ou seja, ao longo dos tempos, as sociedades, de uma forma ou outra, quer oralmente, quer através da escrita, sentiram necessidade de enraizar sistemas de justiça e formas de cuidar dos seus membros (Amnistia Internacional Portuguesa, 2002).

Mais recentemente foram existindo documentos que reivindicavam os direitos humanos individuais, como a Carta Magna (1215), a *Bill of Rights* inglesa (1689), a Declaração dos Direitos Humanos e do Cidadão francesa (1789), a Constituição e a *Bill of Rights* americanas (1791), razão pela qual se tornaram os precursores escritos de muitos dos documentos escritos no presente sobre direitos humanos. Apesar de ser um marco importante, muitos destes documentos excluía mulheres, algumas raças, alguns membros de determinados grupos sociais, religiosos, económicos e políticos, tornando-se ainda um pouco precários no sentido de globalizarem todas as pessoas (Amnistia Internacional Portuguesa, 2002).

Só após o final da Segunda Guerra Mundial, com o nascimento da Organização das Nações Unidas, é que os ideais humanos voltaram a emergir. Com o objetivo principal de apoiar a paz internacional e evitar a guerra, as pessoas queriam garantir direitos tão básicos como a

vida, a liberdade, o alimento e o abrigo. Neste prisma, os estados-membros comprometeram-se a respeitar os direitos humanos, sendo criada uma Comissão de Direitos Humanos, com o fim último de redigir um documento que traduzisse o sentido dos direitos e liberdades fundamentais, que viria a originar a Declaração Universal dos Direitos Humanos a 10 de dezembro de 1948 (Amnistia Internacional Portuguesa, 2002).

Reconhecendo a importância da independência individual, nomeadamente a liberdade de escolha e poder de tomada de decisão e considerando que, além das mais variadíssimas discriminações, como sejam, a raça, a cor, o sexo, a língua, a religião, as convicções políticas, a origem nacional, étnica, indígena ou social, o património, o nascimento, a idade, pode ainda ocorrer outra agravante: a deficiência, que não estava totalmente protegida pela Carta dos Direitos Humanos. Neste prisma, os países acordaram, em 2006, uma Convenção - Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, 2007).

Segundo a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, esta tem como objetivo promover e proteger os direitos humanos, liberdades fundamentais e respeito pela dignidade das pessoas com deficiência (Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, 2007). Entre os artigos da Convenção, importam ressaltar os artigos 9.º sobre a acessibilidade e 20.º sobre a mobilidade pessoal, que são os mais direcionados à temática da presente dissertação.

Portugal sofreu alterações fundamentais no sistema político e, em 2 de abril de 1976, entrou em vigor a Constituição da República Portuguesa, onde, segundo o art. 16, os princípios constitucionais e legais devem estar em harmonia com a Declaração Universal dos Direitos do Homem. Ou seja, tendo por base a Declaração, a Constituição Portuguesa tem como objetivo máximo consagrar as liberdades, direitos e garantias fundamentais da população (Constituição da República Portuguesa, 2005).

Segundo o art. 13, ponto 1, a Constituição assegura que *“todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei”* e ainda, segundo o art. 26, que a *“todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à proteção legal contra quaisquer formas de discriminação”* (Constituição da República Portuguesa, 2005).

Neste sentido, não só as pessoas com deficiência, mas também todas as pessoas que de alguma forma veem a sua mobilidade afetada, lidam, diariamente, com o desrespeito pelos

seus direitos ao se depararem com barreiras físicas que bloqueiam a sua acessibilidade na via pública.

Neste capítulo serão analisados conceitos acerca da temática da mobilidade, nomeadamente a compreensão da condição da pessoa com mobilidade condicionada e como esta se relaciona com a arquitetura da via pública. Assim, este capítulo terá como objetivo realizar uma revisão da literatura sobre o objeto de estudo, tendo o propósito de alicerçar o desenvolvimento da pesquisa e particularmente fazer a ligação do problema ao conhecimento em enfermagem.

1. O Enfermeiro e a Inclusão Social

Mota (2007) partilha a ideia de Sasaki (1997) apelando a que acredita que a inclusão social é a forma através da qual a sociedade se adapta, incluindo pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir os seus papéis na mesma. A sociedade precisa de ser modificada, sendo capaz de atender às necessidades de todos os seus membros, tendo-os como parceiros na discussão de problemas e soluções.

Stainback e Stainback (1999) e Ventura (2013) referem que a inclusão é uma forma de viver em comunhão, tendo a convicção de que cada indivíduo pertence a um grupo, aceitando-se as diferenças e havendo uma corresponsabilização para atender às necessidades dos outros.

Conscientes de que o oposto da inclusão é a exclusão, e uma vez que os conceitos estão intimamente ligados, para Costa (2006), o conceito de exclusão social é usado de forma generalizada, já que nem mesmo entre os especialistas existe unanimidade quanto ao sentido do mesmo. *“Excluir significa, dentre outras coisas, pôr de lado, abandonar; pôr fora, eliminar”* (Holanda citado por Mota, 2007, p. 48). Na sociedade contemporânea, os sujeitos excluídos são aqueles que estão fora do contexto, ou seja, que não pertencem a um determinado grupo. Como não têm importância são eliminados. Assim, a exclusão revela uma sociedade descartável (Mota, 2007).

Neste prisma, é perceptível o quanto a exclusão social pode afetar o indivíduo, isto porque o ser humano é, à partida um ser social, ou seja, dependente da sociedade para poder viver em plenitude. No entanto, é interessante pensar na citação de Martins (2002, p. 11) que diz que *“a sociedade que exclui é a mesma sociedade que inclui e integra, que cria formas também desumanas de participação, na medida em que delas se faz condição de privilégios e não de direitos”*.

Perante uma sociedade que duplamente inclui e exclui os cidadãos é necessário refletir sobre os processos que de alguma forma revertem ou atenuam os efeitos provocados pela exclusão social. Ou seja, pensar na redução da desigualdade, na concretização dos direitos humanos, na justiça social e na acessibilidade aos serviços. Um elemento-chave na integração/inclusão dos cidadãos pode e deve ser o profissional de saúde, nomeadamente o Enfermeiro.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, a profissão de Enfermagem tem como objetivo prestar cuidados à pessoa ao longo do seu ciclo vital e a grupos sociais, por forma a manterem, melhorarem e/ou recuperarem a saúde, ajudando-os a alcançar a sua máxima capacidade funcional, o mais rapidamente possível (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Para se compreender melhor a interação enfermeiro – pessoa, é necessário recorrer aos princípios de Enfermagem. Ou seja, considerando que na particularidade do cuidar da pessoa com deficiência estamos mediante um fenómeno de adaptação a uma nova vida e condição para permanecer pessoa, deparámo-nos com a Teoria de Adaptação de Callista Roy (2004).

Roy, no seu modelo “Teoria de Adaptação”, considera a pessoa com um sistema holístico e adaptativo, em interação com as mudanças ambientais (Rodrigues, 2004). Holístico, porque parte do pressuposto de que o sistema humano funciona como um todo e não apenas a soma das suas partes. Adaptável, porque tem a capacidade de se ajustar às mudanças do ambiente, resultando respostas adaptativas a esse meio.

Na enfermagem, o objetivo de um modelo é orientar para a prática dos cuidados. Neste contexto, o modelo de Callista Roy insere-se na Escola dos Resultados, uma vez que se centra nas respostas humanas nos vários processos de vida e no controlo dos fatores que dão origem às necessidades de adaptação (Coelho, 2011).

À luz deste modelo, existem estímulos que ativam mecanismos reguladores e cognitivos, que atuam por forma a manter a adaptação, aos quais as pessoas dão respostas. Por sua vez, estas respostas promovem a integridade da pessoa, que é demonstrada através do seu comportamento, quando esta é capaz de dar resposta aos variados objetivos de vida, nomeadamente de sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio (Medeiros, 2015). Neste prisma, o indivíduo, para manter a homeostasia, tem que se adaptar às mudanças ambientais.

O conceito central do modelo de Roy é a adaptação definida como um processo e resultado através do qual as pessoas pensantes e sensíveis, enquanto indivíduos ou grupos, utilizam a consciência e a escolha para criar a integração humana e ambiental (Philips citado por Barata, 2013).

Para Roy, o propósito da enfermagem consiste na promoção da adaptação da pessoa, grupo ou comunidade nos quatro modos adaptativos (fisiológico, autoconceito, função/desempenho de papel e interdependência), contribuindo para a saúde dos mesmos (Monteiro, 2016).

Por sua vez, Nancy Roper, inserindo-se na Escola de Pensamento das Necessidades Humanas Básicas, também vê a pessoa como um sistema aberto, em constante interação com o ambiente (Fonseca et al, 2017). Este modelo compreende 12 atividades de vida que descrevem um indivíduo: manter um ambiente seguro; comunicar; respirar; comer e beber; eliminar; higiene pessoal e vestir-se; controlar a temperatura corporal; mobilizar-se; trabalhar e distrair-se; exprimir a sexualidade; dormir e morrer. Estas são condicionadas pelas fases da vida, num *continuum* dependência/independência ao longo do ciclo de vida (Roper et. al, 2000).

Neste prisma, Roper afirma que existe uma variação entre a dependência total e a independência total, que está aplicada diretamente a cada estadio da vida. Neste sentido, reconhece a existência dos estadios em que uma pessoa ainda não pode (ou já não pode) realizar certas atividades de vida diária de forma independente (Tomey e Alligood, 2004). Ou seja, nem todas as pessoas nasceram com a mesma potencialidade para a capacidade de independência em todas as atividades de vida (Fonseca et al, 2017). Quando as pessoas são incapazes de realizar as atividades independentemente, necessitam de ajuda (Hoeman, 2000).

Amaral e Vicente (2001) acrescentaram que a dependência existe quando a pessoa, por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, tem necessidades específicas, resultantes da realização das atividades de vida diárias.

Tendo em consideração os objetivos deste trabalho, ter-se-á como foco de atenção a atividade de vida *mobilizar-se*. Segundo o modelo, o enfermeiro deve ser consciente da individualidade vital de cada indivíduo (Lima, 2014). Assim, um aspeto fulcral na enfermagem é avaliar o nível de independência da pessoa relativamente a cada atividade de vida e ajuizar como é que uma pessoa deve ser ajudada para se deslocar no *continuum* dependência/independência (Cordeiro, 2013).

O Modelo das Atividades de Vida ajusta-se ao trabalho desenvolvido, uma vez que o processo de reabilitação não se cinge apenas a capacitar para a independência ou máximo de funcionalidade possível, mas também a ajudar a pessoa até o conseguir, quer seja através de estratégias adaptativas, quer seja com produtos de apoio.

Ao longo do seu ciclo vital, a pessoa com mobilidade condicionada, por limitações, sempre encontrou dificuldades na participação ativa na vida social. Além de enfrentar o preconceito, tem que lidar com o isolamento criado pela falta de acessibilidade existente na sociedade, devido à carência de políticas públicas que facilitem o acesso às necessidades básicas do cidadão, como sejam serviços de saúde, educação, alimentos, lazer, entre muitos outros (Deco Proteste, 2017).

Face a esta problemática, e como já foi descrito, é então possível compreender que o ambiente afeta o indivíduo de variadíssimas formas, influenciando o seu desenvolvimento, a sua participação na comunidade e consequentemente a sua integração social. Posto isto, é necessário perceber quais os contributos que a Enfermagem e a Enfermagem de Reabilitação podem oferecer nesta matéria.

Enquadrando a intervenção da Enfermagem com o tema que se está a defender, é útil recordar que, segundo o art. 8º do REPE (2015), o enfermeiro, como sendo o profissional habilitado com o curso de enfermagem, tem como objetivos fundamentais promover a saúde, prevenir a doença, tratar, reabilitar e reinserir socialmente. Mais ainda, quando explorados os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), os cuidados de enfermagem têm como foco de atenção a promoção da saúde, procurando-se, ao longo do ciclo vital, promover os processos de readaptação e a máxima independência na realização das atividades de vida, através da adaptação funcional dos défices.

O Código Deontológico dos Enfermeiros (2009) aponta para a questão da inserção social em diversos artigos. O art. 79.º afirma que o enfermeiro deve proteger e defender a pessoa das práticas que contrariem a lei. O art. 80.º, que atesta que o enfermeiro deve conhecer as necessidades da população em que está inserido e participar na orientação na busca da resolução dos problemas de saúde detetados. Por fim, o art. 81.º diz-nos que o enfermeiro deve salvaguardar os direitos da pessoa idosa e da pessoa com deficiência.

Em suma, segundo Inácio et al. (2008), o profissional de enfermagem tem a oportunidade de sistematizar uma nova cultura de acessibilidade na comunidade, ao estabelecer novas regras, exigências e possibilidades para a ocorrência do desenvolvimento das pessoas com mobilidade condicionada.

Relativamente à Enfermagem de Reabilitação é importante salientar que a reabilitação tem a sua origem aquando da II Guerra Mundial. Esta existe já desde 1859 com a intervenção de Florence Nightingale junto dos feridos de guerra, aquando da Guerra da Crimeia. Porém, as décadas de 70 e 80 é que foram consideradas as décadas da reabilitação, decretada na Assembleia Geral das Nações Unidas (Souza, 2011).

Em Portugal, o Regulamento nº 125/2011, que regulamenta as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, define a Reabilitação como uma especialidade multidisciplinar, maximizando o potencial funcional da pessoa e a sua independência, tendo como objetivo *“promover a independência e a máxima satisfação da pessoa”* (OE, 2011, p. 8658).

O enfermeiro especialista é o profissional a quem são reconhecidas as competências para prestar, além dos cuidados gerais de enfermagem, cuidados específicos na área clínica da sua especialidade. A sua atuação tem em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (OE, 2011).

Nos últimos anos, com os avanços científicos, tecnológicos e o envelhecimento demográfico, tem-se verificado um crescente aumento do número de pessoas que vivem com incapacidades crónicas. É neste contexto sociodemográfico que o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação se torna pertinente e imprescindível para a população em geral e em particular para as pessoas com necessidades especiais (Marques-Vieira et al., 2016).

Segundo o art. 4.º alínea b) do Regulamento nº125/2011, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem como competência específica *“capacitar a pessoa com*

deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania", através da análise da problemática da deficiência, limitação da atividade e da restrição da participação na sociedade atual, tendo como objetivo o desenvolvimento e implementação de ações autônomas e/ou pluridisciplinares, de acordo com o enquadramento social, político, económico visando uma consciência social inclusiva (OE, 2011, p. 8658).

Como unidade de competência dessa mesma competência específica, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, *"promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social"*, através da demonstração de conhecimentos sobre a legislação; sensibilização da comunidade para a importância da inclusão; identificação de barreiras arquitetónicas e posterior orientação para a sua eliminação e emitindo pareceres técnico-científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade (OE, 2011, p. 8659).

Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação são constituídos por oito enunciados descritivos. Para este trabalho é importante destacar os enunciados referentes à promoção da saúde e promoção da inclusão social.

No enunciado acerca da promoção da saúde, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve estar desperto para a identificação de barreiras arquitetónicas para que o cliente não seja limitado na prática do seu exercício social. Assim, a cooperação com estruturas da comunidade é de extrema relevância para que haja um ambiente seguro tanto para a população em geral como para a população com necessidades especiais. É importante ainda que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação desenvolva planos e programas que potenciem as capacidades funcionais da pessoa (OE, 2011).

Já no enunciado relativamente à promoção da inclusão social, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação identifica as situações que contribuem para o estigma social, otimizando recursos para promover a participação da pessoa na vida social (OE, 2011). Neste âmbito, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é considerado uma mais-valia ao longo do processo de reinserção/inclusão social.

Em síntese, o tema da inserção social apresenta-se teoricamente, legalmente e na prática, como uma área de intervenção da Enfermagem.

2. A Pessoa Com Mobilidade Condicionada

Os cuidados de enfermagem baseiam-se numa visão holística da pessoa. A palavra “holístico” foi criada a partir do termo *holos*, que em grego significa “todo” ou “inteiro”. Neste prisma, o profissional de Enfermagem encara a pessoa como um todo, em constante interação com o ambiente dinâmico, pelo que importa explorar o conceito de mobilidade condicionada como parte deste todo.

Tendo em conta que o ser humano altera o ambiente, mas também ele próprio é influenciado por esse ambiente, é impreterível que, por forma a circular livremente, esse mesmo ambiente seja acessível. Segundo o art. 9º da Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009, a acessibilidade permite que as pessoas com deficiência vivam de forma independente em condições de igualdade com os restantes cidadãos em todos os aspetos da vida diária (RAR nº56/2009).

Etimologicamente, o termo “mobilidade” deriva do latim *Mobilis*, que significa “*o que pode ser movido, deslocado, em movimento*” (KNEIB, 2016, p. 49), contudo, segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN - *International Council of Nurses*) e a definição da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 1.0, a mobilidade é descrita como sendo a “*capacidade com as características específicas: movimento voluntário e psicomotor do corpo, incluindo a coordenação dos movimentos musculares e articulares, bem como o desempenho do equilíbrio, o posicionamento corporal e o deslocamento*” (ICN, 2005, p.93).

Ao explorar o conceito de mobilidade, verifica-se que também pode estar diretamente relacionado com a liberdade com que nos podemos movimentar (Fernandes, 2014). O conceito de mobilidade está conotado ao ato do movimento, que é um atributo associado ao ser humano e relaciona as necessidades de deslocação com as singularidades do meio – ordenamento do território, serviços, equipamentos, oportunidades (Giuliano, et al. citado por Ferreira, 2011). Na mesma ordem de pensamentos, Aguiar (2010) afirma que o termo mobilidade constitui umas das mais básicas necessidades de qualquer pessoa. Ora, a

mobilidade não é um dado adquirido em todo o ser humano, pelo que existem pessoas que têm a sua mobilidade condicionada.

Em algum momento da nossa vida, todos nós somos considerados pessoas com mobilidade condicionada, não estando tal condição apenas inerente a alguém que tenha uma alteração da mobilidade, basta ter em conta somente o ciclo vital.

Segundo Roper et al (2001), mobilidade ou mobilizar-se é interpretado como uma atividade de vida. Inclui o movimento produzido por grupos de grandes músculos, permitindo à pessoa adquirir a posição de sentado, ortostática. A mobilidade é adjuvante na realização das restantes atividades de vida. Muitas vezes não se valoriza a capacidade de um indivíduo saudável se mobilizar fisicamente sem ajuda, até que esta situação mude. Qualquer pessoa dependente nesta atividade deverá ser ajudada a ter uma vida o mais independente possível, no contexto da sua capacidade individual (Alves, 2015).

É de recordar o conceito de pessoa com mobilidade condicionada:

“pessoas em cadeiras de rodas, pessoas incapazes de andar ou que não conseguem percorrer grandes distâncias, pessoas com dificuldades sensoriais, tais como as pessoas cegas ou surdas, e ainda aquelas que, em virtude do seu percurso de vida, se apresentam transitoriamente condicionadas, como as grávidas, as crianças e os idosos” (Decreto-Lei no 163/2006, p.5670).

Simões (2006, p. 16) acrescenta que existem obras que referem que deste grupo fazem parte pais de filhos pequenos que, pelo menos durante um período de tempo, apresentam dificuldades de mobilidade, tendo de ser apoiados na sua deslocação (por exemplo, no transporte do carrinho de bebé e/ou bagagem). Estas pessoas com necessidades especiais confrontam-se com barreiras ambientais, impeditivas de uma participação cívica ativa e integral, resultantes de fatores permanentes ou temporários, de deficiências de ordem intelectual, emocional, sensorial, física ou comunicacional.

O Relatório Mundial sobre a Deficiência aponta para que cerca de 15% da população mundial vive com algum tipo de deficiência, ou seja, mais de um bilião de pessoas (OMS, 2011). Segundo os resultados definitivos apurados pelos Censos, em 2011, Portugal teria como residentes 10 562 178 pessoas, sendo 5 046 600 Homens e 5 515 578 Mulheres. 19,03% da população seria idosa, sendo que 16,69% correspondem a indivíduos do sexo masculino e 21,17 do sexo feminino (INE, 2011). Os dados demonstram que se tem dado um agravamento do envelhecimento em todo o país, deixando de ser um fenómeno mais

localizado no interior do país (INE, 2011). É de extrema relevância ter presente tal facto, uma vez que com o avançar da idade, a mobilidade vai diminuindo.

Abordando a funcionalidade e a incapacidade, os Censos revelam-nos que *“cerca de 17,8% (taxa de prevalência) da população com 5 ou mais anos de idade declarou ter muita dificuldade, ou não conseguir realizar, pelo menos, uma das 6 atividades diárias (ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/ vestir-se, compreender/fazer-se entender). Na população com 65 ou mais anos, este indicador atinge os 50% (INE, 2013).* Mais uma vez, é notório o grande número de pessoas que, por algum tipo de dificuldade, incorrem num processo que leva a uma mobilidade condicionada. Neste prisma, o Estado deve ter como finalidade garantir e assegurar os direitos das pessoas com essas mesmas necessidades, assistindo a uma melhoria da acessibilidade a nível nacional.

A sociedade, frequentemente, associa a mobilidade condicionada à deficiência.

Neves (2011) afirma que o termo “deficiência” tem sido apresentado de diversas formas em vários documentos legais, como incapaz, portador de desvantagem, diminuído, inválido.

Neste sentido, o I Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade (PAIPDI) declara que têm sido realizados esforços no sentido de substituir o termo “deficiência” por “incapacidade”. Este termo englobará as diferentes limitações funcionais relacionadas com a pessoa e a sua realidade (RCM nº 120/2006). No entanto, o próprio documento utiliza os dois termos, como o propósito de se estabelecer uma transição.

Existem inúmeras incapacidades. Estas podem ser de cariz permanente ou temporário, visíveis ou não visíveis. Segundo a CIPE (2011, p. 59), a incapacidade é *“uma diminuição ou ausência de aptidão ou capacidade física ou mental”*.

Para o fenómeno em estudo torna-se fulcral incidir no conceito e evolução do conceito de deficiência, funcionalidade e incapacidade para uma melhor compreensão das afirmações acima descritas.

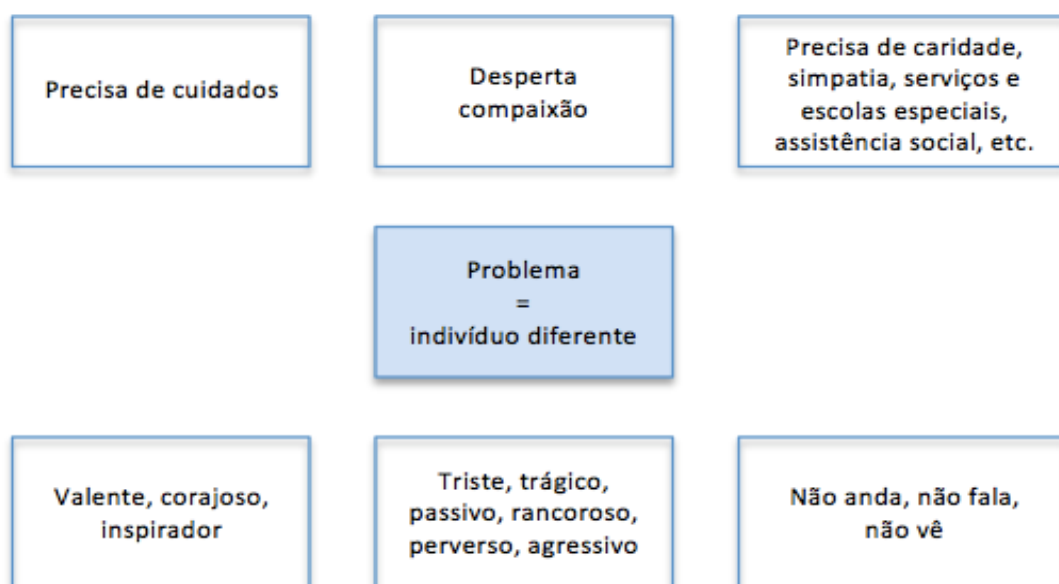
Em Portugal, de acordo com a legislação portuguesa, art. 2, lei nº 38/2004, de 18 de Agosto, a pessoa com deficiência é alguém que apresenta dificuldades que, em interação com o meio, lhe limitam ou dificultam as atividades nas condições de igualdade com todos os outros cidadãos. Ora, dada a discrepância existente, torna-se iminente a urgência da criação de um conceito que seja universal, com o objetivo máximo de poder conceber dados que sejam comparáveis e confiáveis. As agências internacionais, nomeadamente a

OMS, estão a trabalhar no sentido de obter uma definição geral e conivente para todos os países. A discussão inerente à evolução conceptual da deficiência é geralmente agrupada em quatro modelos: caritativo, médico, social e baseada em direitos (PRS, 2018).

O Modelo Caritativo vê as pessoas com deficiência como vítimas da sua incapacidade. Dependendo da deficiência, as pessoas deficientes não podem andar, falar, ver, aprender ou trabalhar. A deficiência é vista com um *deficit*, sendo que as pessoas com deficiência não são capazes de se ajudar e de levar uma vida independente (PRS, 2018).

Segundo Augustin (2012), o modelo caritativo percebe a pessoa como sendo vítima merecedora da caridade e da ajuda dos outros. A figura 1 coadjuva de forma sistemática como é realizada essa ajuda.

Figura 1: O "Modelo Caritativo" da deficiência e ideias associadas



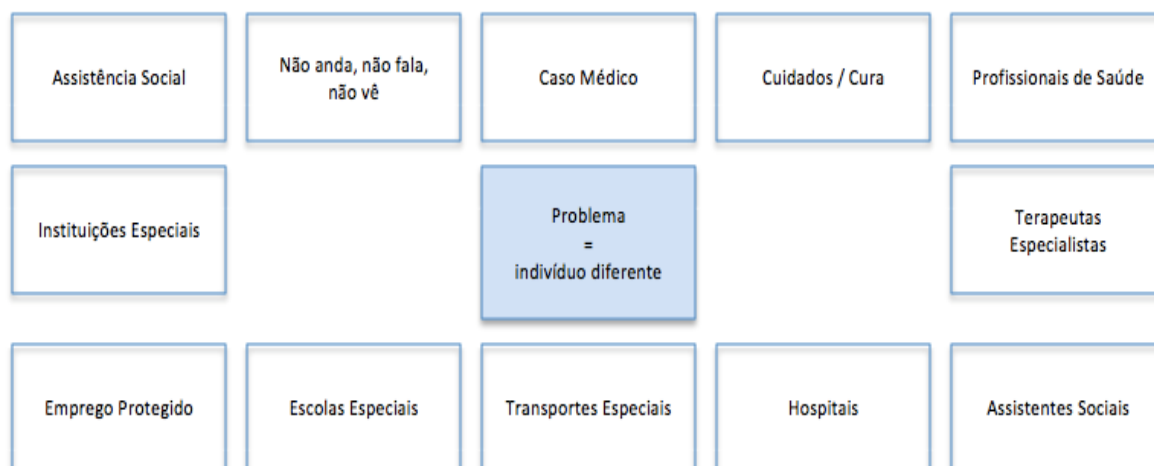
Fonte: Adaptado de Harris e Enfield, 2003

O Modelo Médico (ou Individual) vê as pessoas com deficiência como tendo problemas físicos que precisam de ser curados, onde o objetivo dessa abordagem é "normalizar" as pessoas com deficiência, o que naturalmente implica que sejam, de um modo ou de outro, anormais. A questão da deficiência fica limitada à problemática individual de que a pessoa com deficiência é que precisa de ser mudada e não a sociedade ou o ambiente em que está inserida (PRS, 2018).

Sob o ponto de vista histórico, Augustin (2012), aponta o século XVIII como o período em que a medicina sofreu avanços e procurou a reabilitação de pessoas. A ciência começou a compreender a deficiência, desassociando-a de bruxarias e outras explicações místicas,

voltando-se, por consequência, para descobrir a cura das patologias existentes. Essa transformação foi um marco que permanece até aos dias atuais como modelo médico de atendimento e serviços para a pessoa com deficiência, como se pode observar na figura 2.

Figura 2: O "Modelo Médico" da deficiência e as ideias associadas



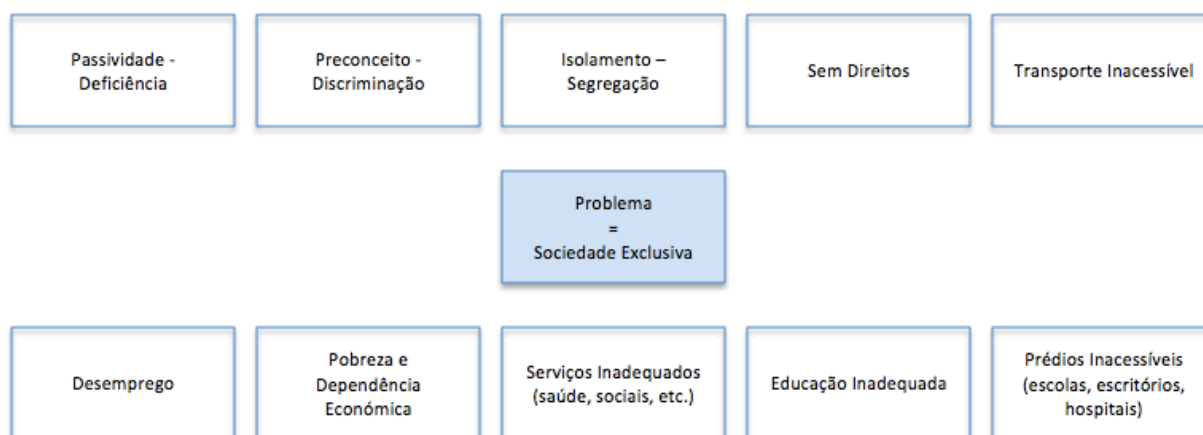
Fonte: Adaptado de Harris e Enfield, 2003

O Modelo Social, segundo PRS (2018), vê a deficiência como um resultado da forma como a sociedade está estruturada. Como esta não está bem organizada, as pessoas com deficiência enfrentam alguns tipos de discriminação e barreiras à participação: de atitude (ao expressar-se através do medo, ignorância e baixas expectativas); meio (inacessibilidade física que afeta a vida diária) e institucional (discriminações de carácter legal). De acordo com este modelo, a deficiência não depende apenas do indivíduo, mas também do meio social, que pode ser limitador ou capacitador.

O modelo social aponta criticamente para o modo como a sociedade se organiza, desconsiderando a diversidade das pessoas e excluindo as pessoas com deficiência de meios sociais e políticos (Augustin, 2012).

Este modelo tem permitido à pessoa com deficiência retomar o controle de sua própria vida e ainda ter o poder de tomar decisões nos meios sociais, participando ativa e politicamente de sua comunidade. Esta abordagem leva a compreender que o problema não está na pessoa ou na sua deficiência, mas que a deficiência assume uma dimensão social que leva à exclusão. Este processo encontra-se melhor ilustrado na figura 3.

Figura 3: O "Modelo Social" da deficiência e as ideias associadas

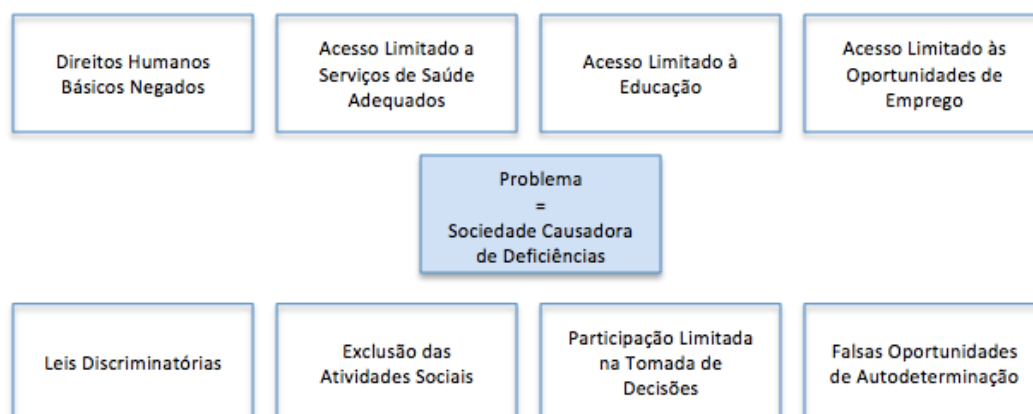


Fonte: Adaptado de Harris e Enfield, 2003

O Modelo baseado em Direitos tem o seu foco a incidir no cumprimento dos direitos humanos. O PNR (2018) assume este modelo como sendo semelhante ao social. Neste prisma, a sociedade precisa de mudar para garantir que todos – inclusive as pessoas com deficiência – tenham oportunidades iguais para participar nela. Os dois elementos principais da abordagem baseada nos direitos é o empoderamento (*empowerment*, capacitação, fortalecimento dos meios de ação) e a responsabilidade (prestação de contas).

A figura 4 mostra como cada problema é causador de uma sociedade de deficiências.

Figura 4: O Modelo baseado nos direitos e as suas associações



Fonte: Adaptado de Harris e Enfield, 2003

Cada modelo descreve a forma como cada pessoa visiona a deficiência, sendo que cada um de nós, consciente ou inconscientemente, acabará por adotar um dos mesmos. Assim, estes moldes influenciam a maneira de pensar e agir de cada pessoa.

Com a mudança de paradigma que tem ocorrido, deu-se a criação da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), em 2002. A CIF, sigla para Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, é um novo sistema de classificação inserido na Família de Classificações Internacionais da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A CIF introduz assim uma mudança radical de paradigma, do modelo puramente médico para um modelo biopsicossocial e integrado da funcionalidade e incapacidade humana. Sintetiza o modelo médico e o modelo social numa visão coerente das diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social, (CIF-OMS citado por INR , 2010).

A funcionalidade e a incapacidade são apresentados como conceitos multidimensionais e interativos que relacionam as funções e estruturas do corpo com as diferentes atividades de vida diária e os fatores ambientais que influenciam essas atividades (INR, 2010).

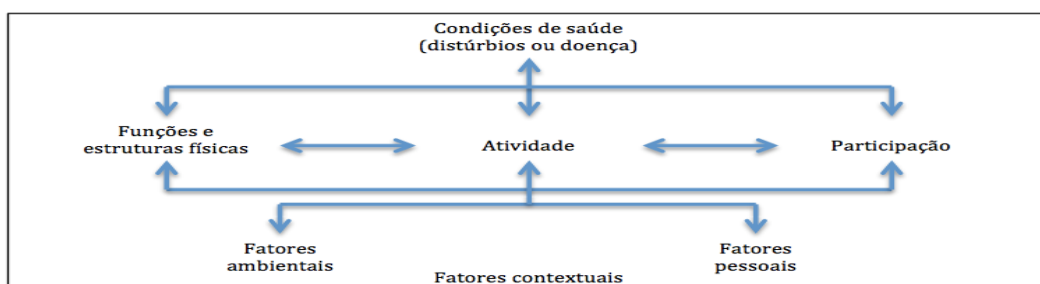
Segundo a OMS (2001), a funcionalidade e incapacidade de uma pessoa resultam da interação dinâmica ente o estado de saúde e o seu contexto de vida. Neste prisma, a incapacidade é um conjunto de condições resultantes da interação entre a pessoa e o meio.

A funcionalidade, segundo a OMS (2001), corresponde aos aspetos positivos da interação entre a pessoa e o seu meio. Já a incapacidade corresponde aos aspetos negativos dessa mesma interação.

Usando o termo “funcionalidade” dá-se menos ênfase às deficiências individuais de uma pessoa e reconhece-se uma “continuidade de um estado de saúde” (Bonnel, 2004).

Com a CIF, incapacidade (*disability*) deixa de ser vista como uma mera consequência de uma deficiência (*impairment, deficiency*), passando a ser o resultado da interação da pessoa com o meio ambiente, o que vem justificar o que foi referido no início deste capítulo (WHO, 2002).

Figura 5: CIF - Níveis de Funcionalidade



Fonte: WHO, 2002

A funcionalidade de um indivíduo num dado domínio específico reflete uma interação complexa e dinâmica entre a condição de saúde e o seu contexto: fatores ambientais e pessoais. Estas interações atuam em duas direções, conforme ilustrado na figura 5 (WHO, 2002).

3. A Problemática das Barreiras Arquitectónicas na Via Pública vs Cidades Acessíveis / Amigáveis

Ser móvel vai muito mais além da vertente física, engloba também a construção social. A cidade é, por excelência, o lugar onde o ser humano pode encontrar a sua dimensão, onde existem fontes de informação e formas de comunicação, diversidade de cultura e oportunidade de ofertas e infinitas possibilidades de relações sociais (Teles, 2007). Ora, para que um indivíduo possa circular livremente de forma autónoma num espaço, este tem que ser acessível e oferecer as condições necessárias para que qualquer cidadão, seja ele novo ou velho, são ou doente, possa participar socialmente na sua conjuntura. Ou seja, a acessibilidade quantifica e qualifica a facilidade de acesso às coisas.

Neste contexto, será agora explicado em que medida é que a acessibilidade pode afetar ou não a mobilidade, definindo o conceito e percebendo quais as condicionantes à mobilidade, como as barreiras arquitectónicas, bem como abordar a legislação portuguesa e os deveres do Estado para com o cidadão com mobilidade condicionada.

3.1 O conceito de acessibilidade na via pública e as suas condições e condicionantes

Etimologicamente, acessibilidade deriva do latim *accessibilitas*, que significa “*livre acesso, possibilidade de aproximação*” (Houaiss, 2011).

A promoção da acessibilidade constitui um elemento fundamental na qualidade de vida das pessoas, contribuindo para uma maior participação cívica através do exercício dos direitos conferidos a qualquer membro de uma sociedade democrática e, consequentemente, a um maior reforço dos laços sociais (Teles, 2006).

Gouveia, Mendes e Simões (2010) constataam que a acessibilidade pode ser definida como a capacidade que o meio edificado possui em permitir uma igualdade de oportunidades para todos em termos de autonomia e Gil (citado por Silva, 2012) acrescenta que o conceito de acessibilidade tem como pilares os princípios do Design Universal, aplicando-se à construção de todos os edifícios e infraestruturas, manifestando-se através do usufruto do meio físico por todas as pessoas, sem distinção entre pessoas sem deficiência e com deficiência.

Uma cidade é acessível quando permite que todos possam viver, deslocar-se e utilizar a totalidade dos serviços sem problemas (Comissão Europeia, 2018). Por forma a que se possa reconhecer a acessibilidade nos espaços urbanos, impedindo o surgimento de novos ambientes inacessíveis e promovendo as adaptações necessárias aos espaços existentes, contemplou-se um conceito primordial para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com mobilidade condicionada: o Desenho Universal (Valeri, 2006).

Em outubro de 1987, o Comité Coordenador para a Promoção da Acessibilidade lançou um manual com critérios acerca da acessibilidade em diversos países europeus, que foi evoluindo até 2003, onde foi atualizado o Conceito Europeu da Acessibilidade – CEA. Esta Declaração assentava nos princípios do Desenho Universal, que se aplicava aos edifícios, infraestruturas e produtos para consumo. Segundo Silva et. al (2008), este mesmo conceito garante a acessibilidade de todas as pessoas, ao considerar a diversidade humana, respeitando as diferenças existentes.

O Desenho Universal procura produzir uma edificação, um espaço ou um objeto que seja capaz de atender a todas as pessoas, inclusive aquelas que tenham alguma limitação da mobilidade, sem serem necessárias adaptações especiais (Valeri, 2006).

Atualmente, o conceito *Design* para Todos é utilizado como resultado da evolução do meio físico edificado e é definido como uma intervenção do meio físico que vise a participação de todos os cidadãos na sociedade, com o mesmo nível de igualdade de oportunidades. Neste sentido, este conceito pode ser considerado uma estratégia de planeamento com o propósito de tornar o meio acessível, universalmente (CEA, 2005).

O Desenho Universal pretende evitar a necessidade de se conceberem ambientes ou espaços especiais para as pessoas com mobilidade condicionada, assegurando que todos possam utilizar todos os componentes (Valeri, 2006).

A realização de um projeto tendo em conta o Desenho Universal tem de obedecer a sete princípios básicos: utilização equitativa (pode ser utilizado por qualquer pessoa); flexibilidade de utilização (abarca uma ampla gama de capacidades individuais); utilização simples e intuitiva (compreensão fácil); informação perceptível (proporciona informação necessária, independentemente das condições ambientais e capacidades sensoriais do utilizador); tolerância ao erro (reduz erros); esforço físico mínimo (utilizado eficazmente com o mínimo de fadiga); dimensão e espaço de abordagem e de utilização (espaço adequado para a utilização) (INR, 2014).

Incorporar o Desenho Universal nos projetos e na legislação vigente é um dos passos relevantes na criação de uma cidade acessível. A par disso são essenciais dois pontos-chave: a não criação de novas barreiras à mobilidade e a eliminação gradual das barreiras previamente existentes (Valeri, 2006).

Face ao que foi apresentado, para se produzir uma cidade acessível é importante conhecer a situação da mobilidade na cidade; identificar o seu potencial e os principais problemas, bem como a origem dos mesmos; realizar um prognóstico das possíveis consequências dos problemas detetados; identificar alternativas que sejam capazes de minimizar os problemas quais as melhores soluções a serem implementadas para cada situação (Valeri, 2006).

Podem distinguir-se dois tipos de meio físico: o natural e o construído. O desenvolvimento do meio físico natural depende apenas da ação dos elementos naturais. Por sua vez, o meio físico edificado é criado e modificado pelo ser humano com o objetivo de o habitar e deve ter em conta a disparidade da população e o fato de que todos os cidadãos têm o direito de ser independentes nas suas ações e no seio do seu meio social (CEA, 2005).

Um meio físico acessível tem de ser: respeitador (ao respeitar a diversidade dos utilizadores); seguro (todos os elementos que compõem o meio físico têm que ser seguros); saudável (não deve constituir um risco para a saúde); funcional (ao ser desenhado por forma a atingir os fins para que foi criado); compreensível (todos os utilizadores devem orientar-se sem dificuldade num determinado espaço); estético (o resultado deve ser agradável do ponto de vista estético) (CEA, 2005).

Segundo Sasaki (2009), a acessibilidade pode dividir-se em seis dimensões: acessibilidade arquitectónica (inexistência de barreiras físicas nos espaços públicos, equipamentos coletivos, edifícios públicos e habitacionais); comunicacional (inexistência de obstáculos na comunicação interpessoal, escrita e visual – acessibilidade virtual); metodológica (inexistência de barreiras nos métodos e técnicas de lazer, de trabalho, educação); instrumental (ausência de barreiras nos instrumentos, utensílios, ferramentas de trabalho, lazer ou recreação); programática (inexistência de barreiras invisíveis integradas em políticas públicas, normas e regulamentos); atitudinal (inexistência de preconceitos, estereótipos e discriminações para as pessoas com deficiência).

Nesta dissertação serão abordadas as barreiras físicas, uma vez que são as condicionantes da acessibilidade arquitetónica, que é a dimensão em estudo.

A acessibilidade é um conceito lato, através do qual há o acesso autónomo ao meio edificado, à via pública, aos transportes, às tecnologias de informação e comunicação a todas as pessoas, garantindo as condições para o exercício de cidadania (INR, 2014).

Todo e qualquer obstáculo ou impedimento que limite a livre movimentação das pessoas são considerados barreiras físicas, que são barreiras da acessibilidade. Podem considerar-se cinco tipos de barreiras (Falorca, citado por Jardim, 2014): urbanísticas (existentes nas vias e espaços públicos); arquitetónicas (existentes nos acessos e interiores dos edifícios públicos e privados); sensoriais (impossibilitam ou dificultam a comunicação); de transportes (existentes nos meios de transporte); móveis / temporárias (que mudam indefinidamente de posição).

A OMS (2004) define barreiras como os fatores que contribuem para a limitação da funcionalidade e criação de incapacidades, tanto através da sua presença, como da sua ausência. Por sua vez, a Associação Portuguesa da Deficiência (2019) define barreiras urbanísticas como as que encontramos na via pública e locais não edificados de domínio público e privado, enquanto que as arquitetónicas se caracterizam por serem obstáculos ao acesso a edifícios públicos e privados.

Darcy e Harris (2003) apontam para os efeitos negativos de um ambiente inacessível para pessoas com incapacidade ao impedirem-nas de aceder a infraestruturas, logo de realizar atividades que nelas se desenvolvem. Neste sentido, os edifícios, especialmente os públicos, devem ser construídos com base num desenho sem barreiras, que encoraje a integração e o acesso para todas as pessoas, incluindo as que têm a mobilidade condicionada.

3.2. Políticas de promoção de acessibilidade no território nacional

A ideia de acessibilidade é oposta à ideia de barreiras, uma vez que são termos que se negam entre si. O Estado, por dever, é invocado a dar resposta às inacessibilidades do meio. De acordo com a Constituição da República Portuguesa [alínea d) do artigo 9º e artigo 13º], este tem como incumbências promover o bem-estar e a qualidade de vida da população, a igualdade real e jurídico-formal entre todos, bem como ter uma política de prevenção, tratamento, reabilitação e integração dos cidadãos portadores de deficiência e apoio às respetivas famílias. A par disso deve desenvolver uma pedagogia que sensibilize a sociedade relativamente aos deveres de respeito e solidariedade para com eles e, ainda, assumir o encargo da realização dos seus direitos (FERNANDES, 2014).

O Estado tem, assim, o objetivo de garantir e assegurar os direitos das pessoas que se confrontam com as barreiras ambientais, resultantes de fatores permanentes ou temporários, de deficiências de ordem intelectual, emocional, sensorial ou comunicacional que impedem a participação cívica ativa integral (Teles, 2007).

A promoção da acessibilidade é essencial para que o exercício dos direitos consagrados na Constituição Portuguesa, nomeadamente o direito à Qualidade de Vida, à Liberdade de Expressão e Associação, à Informação, à Dignidade Social e à Capacidade Civil, bem como à Igualdade de Oportunidades no acesso à Educação, à Saúde, à Habitação, ao Lazer e Tempo Livre e ao Trabalho estejam garantidos (Moniz, 2007 – *Guia de Mobilidade e Acessibilidade para Todos*).

A edificação do meio físico deve ter em conta as necessidades das pessoas, nomeadamente das pessoas com mobilidade condicionada, por diversos motivos e graus, com o intuito de permitir um espaço pensado para todos (Fontes et.al. citado por Fernandes, 2014).

A Constituição da República Portuguesa, na sua VII Revisão Constitucional (2005), contempla o art. 71.º, acerca dos direitos das pessoas com deficiência, que declara que os cidadãos com deficiência gozam os mesmos direitos que qualquer outro cidadão, exceto do cumprimento daqueles para os quais se encontrem incapacitados. Mais ainda, o Estado é obrigado a implementar uma política de prevenção, tratamento, reabilitação e integração

das pessoas com deficiência, bem como sensibilizar a comunidade quanto ao respeito e solidariedade para com estas pessoas (Constituição da República Portuguesa, 2005).

Segundo Teles (2007), as sucessivas medidas elaboradas pelo Estado nesta área não têm surtido efeito, ou seja, continua a persistir uma percentagem significativa de edifícios e espaços que não apresentam condições mínimas de acessibilidade.

Desde os anos 80 que Portugal mostra preocupação em defender um meio acessível para as pessoas com mobilidade condicionada. Em 1980, a alteração ao Regulamento Geral das Edificações Urbanas (Decreto-Lei nº43/82) foi realizada com o objetivo de aprovar medidas que criassem condições mínimas de acessibilidade nas novas edificações, no entanto, nunca chegaram a vigorar. O Decreto-Lei 172-H/86, de 30 de junho, acabou por revogar essas mesmas alterações, alegando um aumento no custo das habitações.

A legislação sobre acessibilidade e mobilidade é ainda bastante recente, sendo enquadrada legalmente, pela primeira vez, em 1997 com o Decreto-lei nº 123/1997 de 22 de Maio (TELES, 2017). Este decreto introduziu normas técnicas, visando a eliminação de barreiras urbanísticas e arquitetónicas na via pública, equipamentos colectivos e edifícios públicos (JARDIM, 2014). Com este decreto, os espaços públicos deveriam ser acessíveis até ao ano 2004 e as novas construções públicas, salvo exceções, teriam que ser acessíveis segundo as normas do mesmo. Este foi substituído pelo Decreto-lei nº 163/2006 de 8 de agosto e pela Lei nº 46/2006 de 28 de agosto, que falaremos mais à frente (TELES, 2017).

Em 2004, com a promulgação da Lei de Bases da Prevenção, Habilitação Reabilitação e Participação das Pessoas com Deficiência (Lei n.º 38/2004, de 18 de Agosto), reafirmou-se que a promoção de uma sociedade sem barreiras e a adoção de medidas que visem a participação das pessoas com deficiência é uma incumbência do Estado, ao definir as bases gerais do regime jurídico da prevenção, habilitação, reabilitação e participação da pessoa com deficiência (Apolo, 2010). Esta Lei será o ponto de partida para o 1º Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade (PAIPDI) e para o Plano Nacional para a Promoção da Acessibilidade (PNPA), bem como para o Decreto-lei 163/2006, de 8 de Agosto.

O Decreto-Lei nº 163/2006 veio corrigir insuficiências observadas no Decreto-Lei 123/97, de 2 de Maio. Este decreto vem melhorar os mecanismos fiscalizadores, aumentar os níveis de comunicação e responsabilização dos agentes envolvidos nestes processos e ainda introduzir novas soluções, de acordo com a evolução tecnológica, social e legislativa (Decreto-Lei no 163/2006, p. 5671). Neste prisma, o Decreto-Lei define as condições de

acessibilidade (normas técnicas) que devem ser satisfeitas na construção dos espaços e edifícios públicos, edifícios de habitação e equipamentos coletivos.

Segundo Apolo (2010), de acordo com o mesmo decreto, as áreas urbanizadas devem ser servidas por uma rede de percursos pedonais que garanta o acesso autónomo das pessoas com mobilidade condicionada, onde deverão ser incluídos os passeios, as escadarias e rampas, as passagens para peões e todos os restantes espaços de circulação e permanência de peões. Os edifícios deverão ter, pelo menos, um percurso acessível que garanta o fácil acesso entre a via/espaços públicos e as entradas/saídas e respetivos espaços interiores dos edifícios/estabelecimentos.

Por forma a ser mais perceptível a interpretação das normas técnicas foi criado o *Guia das Acessibilidade e Mobilidade para Todos*, onde são apresentadas figuras ilustrativas das normas técnicas. Segundo Fernandes (2014) este Guia pretende clarificar a legislação em vigor.

O Decreto-Lei n.º 163/2006 estipulou um prazo máximo de 10 anos para a adaptação de instalações, edifícios, estabelecimentos, equipamentos públicos e de utilização pública e via pública, com início anterior a 22 de agosto de 1997 e de cinco anos para construções posteriores à mesma data, para que fossem adaptados de acordo com as normas do presente Decreto-Lei, prazo esse que terminou a 8 de fevereiro de 2017.

Tendo como objetivo realizar o diagnóstico da situação atual da acessibilidade dos edifícios, instalações e espaços da administração central, local e institutos públicos que revistam a natureza de serviços personalizados e de fundos públicos foi criada uma Comissão para a Promoção das Acessibilidades.

A Comissão constituída por quatro representantes indicados pelo Ministro do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social; dois representantes indicados pelo Ministro das Finanças; dois representantes indicados pelo Ministro do Ambiente; dois representantes indicados pelo Ministro Adjunto; um representante indicado pelo Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P.; um representante indicado pela Associação Nacional de Municípios Portugueses; um representante indicado pela Associação Nacional de Freguesias e, após a data da sua constituição, teria doze meses para apresentar ao Governo um relatório da situação analisada (Decreto-Lei n.º 125/2017, p. 5593).

Cada área governativa teria um prazo máximo de seis meses, a contar da data da publicação do Decreto-Lei n.º 125/2017 – 30 de outubro de 2017 -, para comunicar ao

Instituto Nacional de Reabilitação, I.P. a constituição de equipas técnicas de promoção de acessibilidade, ou seja, a partir de abril de 2018 já deveriam estar criadas as respetivas equipas.

Já o 1º Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade (PAIPDI), adotado pela Resolução do Conselho de Ministros nº120/2006, de 21 de setembro, surge com o propósito de criar uma sociedade que garanta a participação efetiva das pessoas com deficiência. Procede, no período 2006-2009, à sistematização de um conjunto de medidas e metas a alcançar, que proporcionam autonomia, igualdade de oportunidades e consequentemente à participação social das pessoas com mobilidade condicionada ou dificuldades sensoriais (INR, 2017).

Evidenciam-se como objetivos estratégicos, promover os direitos humanos e exercício da cidadania; integrar as questões da deficiência e incapacidade nas políticas; promover a acessibilidade a serviços e produtos; qualificar, formar e empregar as pessoas com deficiência e incapacidades e qualificar os profissionais que prestam serviços a estas mesmas pessoas. Para efeitos de avaliação e monitorização foi criada uma Comissão de acompanhamento coordenada pelo INR.

A promoção da acessibilidade é uma questão chave para atingir os quatro objetivos da estratégia do Conselho Europeu de Lisboa: aumentar a competitividade, alcançar o pleno emprego, reforçar a coesão social e promover o desenvolvimento sustentado (Resolução do Conselho de Ministros nº9/2007).

Em 2007 foi criado o Plano Nacional de Promoção da Acessibilidade - PNPA (Conselho de Ministros, 2007), com o propósito realizar medidas que visem a melhoria da qualidade de vida nos espaços públicos e edificados, transportes e tecnologias de comunicação, de todos os cidadãos, incluindo os que têm mobilidade condicionada e dificuldades sensoriais (Resolução do Conselho de Ministros nº9/2007).

A implementação do PNPA definida para o período 2006-2015, propôs-se a decorrer em dois períodos: 1º até 2010 e o 2º de 2011 a 2015. No período até 2010 seriam definidos os objetivos com medidas, indicando os respetivos prazos de concretização e promotores e um período de 2011 a 2015, cujos objetivos seriam definidos no final de 2010, tendo em conta uma avaliação sobre o estado da aplicação do PNPA.

A elaboração deste plano assenta em 4 princípios fundamentais: igualdade de oportunidades (ao permitir o acesso aos serviços elementares da sociedade); vida

independente (todos os cidadãos poderem ter uma participação ativa na sociedade); participação (conhecimento e influência nas decisões políticas) e integração (todos os cidadãos devem viver integrados e participar na sua comunidade).

O principal objetivo do PNPA é proporcionar às pessoas com deficiência as mesmas condições de acessibilidade que os cidadãos em geral têm. Coube ao INR divulgar, acompanhar e dinamizar a execução das medidas do Plano e ainda desenvolver as ações pelas quais responda diretamente, fazendo-o em articulação com o PAIPDI.

Mais recentemente, em 2013, a par com a crise económica sentida em Portugal, houve um estímulo para a criação de iniciativas que permitissem aumentar a eficiência dos serviços a custos diminuídos. Neste contexto, surgiu a “Rede de Cidades e Vilas de Excelência”, que foi desenvolvida pelo Instituto de Cidades e Vilas com Mobilidade, fundado em 2006. Esta rede reúne um conjunto de municípios que trabalham em conjunto para estimular o desenvolvimento territorial em alguns eixos estratégicos (Teles , 2017).

Atualmente, tem-se em curso um programa denominado “Portugal 2020”, que é um Acordo de Parceria, que Portugal submeteu à Comissão Europeia (CE). Segundo o INR (2014), esta programação assenta em 4 domínios temáticos essenciais: competitividade e internacionalização; capital humano; inclusão social e emprego e sustentabilidade e eficiência no uso dos recursos. Tem também duas dimensões de natureza transversal: reforma da administração pública e territorialização das políticas.

Na dimensão "inclusão social e emprego" foram estabelecidos como objetivos temáticos centrais promover o emprego e apoiar a mobilidade laboral e promover a inclusão social e combater a pobreza (INR, 2014). Segundo Teles (2017), o “*Portugal 2020*” é um exemplo da evolução do tema na agenda nacional, enquadrando a acessibilidade universal, como elemento-chave na avaliação das ações candidatáveis a financiamento.

Outros documentos relacionados com a mobilidade foram sendo emitidos. Apolo (2010) destaca o Regulamento (CE) no 1107/2006 - Direitos das pessoas com deficiência e das pessoas com mobilidade condicionada no transporte aéreo – e o Decreto-Lei nº 59/71 de 3 de março, que regulamenta o transporte de pessoas com necessidades especiais em transportes públicos.

Segundo Teles (2017), Portugal encontra-se numa fase bastante relevante em termos de acessibilidade e mobilidade para todos, isto porque, em 2017 foi alcançado o prazo máximo definido na legislação para a adaptação do edificado existente. Ou seja, a partir desse ano

poderão ser aplicadas coimas em resultado da não adaptação do edificado, afetando as entidades que negligenciaram esta questão.

Alcançamos, assim, um marco relevante, através do cumprimento da legislação, que irá tornar Portugal num país mais acessível para todos.

3.3. Legislação ao nível da acessibilidade nas Autarquias

A Constituição da República Portuguesa (2005, p. 130), no art. 235º, prevê a organização do Estado como uma Democracia, ou seja, compreende a existência de Autarquias locais. Segundo a mesma, Autarquias Locais são definidas como *“pessoas coletivas territoriais dotadas de órgãos representativos, que visam a prossecução de interesses próprios das populações respetivas”*.

Atualmente, no continente, o sistema português compreende as Autarquias locais como sendo as freguesias, os municípios e as regiões administrativas (Neiva, 2012). As Autarquias Locais são assim constituídas pelos órgãos representativos da Freguesia, Assembleia e Junta de Freguesia e pelos órgãos representativos do município, assembleia e câmara municipal.

Os Municípios assentam em duas vertentes: uma direcionada para a resolução dos assuntos políticos e administração municipal e outra para a representação da defesa dos interesses dos seus cidadãos (Fernandes, 1997; Oliveira, 1993).

Relativamente às Juntas de Freguesia, segundo o Decreto-Lei nº75/2013, estas têm competências que estão diretamente ligadas à promoção da acessibilidade, nomeadamente colaborar com o município no ordenamento do território; ter uma palavra sobre os projetos de construção e ocupação da via pública, quando solicitado pelo município; conservação e promoção da limpeza dos balneários, lavadouros e sanitários públicos; gestão e manutenção de parques infantis e equipamentos desportivos locais; conservação e reparação da sinalização vertical não iluminada instaladas nas vias municipais; manutenção e conservação de caminhos, arruamentos e pavimentos pedonais; gestão, conservação e promoção da limpeza de cemitérios;

Neste prisma, segundo Bordalo (2012, p. 32), as autarquias locais têm um papel ativo na *“promoção, concretização e fiscalização de direitos fundamentais de todos os cidadãos em matéria de urbanismo, acessibilidade e mobilidade”*.

Em 2003, foi criada a Rede Nacional de Cidades e Vilas de Mobilidade pela Associação Portuguesa de Planeadores do Território (APPLA), no contexto do Ano Europeu das Pessoas com Deficiência, proclamado pela União Europeia. Este Plano de Promoção de Acessibilidade tem como objetivo tornar acessíveis os municípios portugueses, eliminando as barreiras arquitectónicas. Tal sucesso dos Planos de Acessibilidade de Primeira Geração levou a que se determinasse o lançamento de Planos de Acessibilidade de Segunda Geração, como forma de dar continuidade ao trabalho. Nasce assim o projeto RAMPA - Regime de Apoio aos Municípios para a Acessibilidade (INR, 2014).

Já o programa RAMPA tem como objetivo a promoção da acessibilidade ao nível autárquico. Também o INR lançou o programa “Concelho Mais Acessível”, que pretende distinguir as melhores práticas de acessibilidade nos territórios municipais.

É notório o trabalho que Portugal tem dinamizado na área da acessibilidade, através da dinamização de diversos projetos. Citando Teles (2017, p.12), *“caminhamos, portanto, para uma sociedade de futuro, onde a acessibilidade universal qualificará os territórios físicos e sociais, e todos os cidadãos poderão viver a cidade sem barreiras, usufruindo dos espaços verdes, do comércio, e de todas as suas valências”*.

Em síntese, é possível afirmar que há um espaço legislativo e na comunidade para melhorar as acessibilidades. Acresce também referir que, teoricamente e legalmente, esta pode ser uma área do trabalho da Enfermagem de Reabilitação e nas pessoas que necessitam de condições especiais para poderem participar na sociedade.

II PARTE – O ESTADO DA VIA PÚBLICA - PREPARAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO E DESENHO DE ESTUDO

O processo através do qual o investigador obtém, de forma progressiva, a informação para o seu estudo em causa é definido com trabalho de campo (Gómez et al. citado por Ferreira, 2008).

Após a elaboração do enquadramento conceptual, onde foram esmiuçados os principais conceitos relacionados com a problemática em estudo, será agora apresentado o desenho de investigação acoplado às opções metodológicas.

Tendo em conta as políticas que Portugal tem vindo a desenvolver e integrar no sentido de se tornar um país mais inclusivo já apresentadas e servindo-me do Decreto-Lei n.º125/2017, passo a apresentar o mote que impulsionou toda a investigação:

“Decorridos 10 anos sobre a publicação do referido diploma (Decreto-Lei n.º 163/2006, de 8 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 136/2014, de 9 de setembro), e apesar de não existirem dados sistematizados que permitam analisar com rigor os resultados obtidos na implementação de acessibilidades a nível nacional, é inegável que temos, hoje, um território mais acessível. Não obstante os progressos alcançados, subsiste no edificado nacional um expressivo conjunto de edifícios, espaços e instalações que não satisfazem condições de acessibilidade” (Decreto-Lei n.º125/2017, p. 5592).

Neste prisma, a investigação apresentada será direccionada para a avaliação da acessibilidade da via pública, de acordo com o que a legislação tem em vigor, uma vez que faz parte das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação contribuir para a promoção da mobilidade, acessibilidade e participação social e sensibilização da comunidade para a importância de adoção de práticas inclusivas, ao estar desperto para a identificação de barreiras arquitectónicas e posterior orientação para eliminação das mesmas.

Tendo estas razões em mente, torna-se adequado analisar as condições de acessibilidade da via pública, de acordo com a lei vigente, na perspectiva da Enfermagem de Reabilitação, pelo que foram delineados os seguintes objetivos, que segundo Fortin (2009),

são enunciados que indicam o que o investigador tem intenção de fazer no decurso da investigação:

- Compreender até que ponto os ambientes externos ao edificado contribuem para a inclusão social das pessoas com mobilidade condicionada;
- Analisar as condições das acessibilidades na via pública;
- Indagar sobre a representação da acessibilidade na via pública para uma cidade inclusiva;
- Compreender o papel do enfermeiro especialista em reabilitação como contributo para melhorar a acessibilidade das pessoas com mobilidade condicionada na via pública.

No que diz respeito à investigação em enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros (2002) definiu-a como sendo um processo sistemático, científico e rigoroso, que tem como propósito desenvolver o conhecimento, em benefício dos utentes, família e comunidade.

Fortin (2009) apresenta-nos o desenho de investigação como um plano que permite responder às questões ou verificar hipóteses. O desenho de investigação funciona como um guia da planificação e realização do estudo por forma a que os objetivos sejam alcançados. Burns e Groove (citado por Fortin, 2009) acrescentam que também permite responder às questões, pelo que será agora descrito o processo organizativo da investigação.

Tendo em conta as tipologias de desenho de investigação existentes, a presente investigação situa-se no paradigma quantitativo, da corrente positivista. Visa explicar e prever um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise de dados numéricos, ou seja, pretende-se quantificar uma dada realidade. As pesquisas quantitativas envolvem análise de números, sendo o conhecimento resultante baseado na observação, medição e interpretação cuidadosa da realidade objetiva (Sousa et al, 2007).

Segundo a corrente positivista, a realidade é tida como objetiva, podendo ser descoberta através de um método rigoroso, tornando assim os fenómenos humanos previsíveis e controláveis. Contrariamente, na corrente naturalista, cada pessoa tem a sua visão do que é a realidade, mudando com o tempo, num processo dinâmico em constante interação com o meio. Os fenómenos são únicos e imprevisíveis (Fortin, 2009).

O paradigma positivista liga-se à metodologia quantitativa por conceber a realidade como sendo única e estatística, sendo que os factos existem, independentemente do

investigador, podendo ser isolados. Por sua vez o paradigma naturalista liga-se à metodologia qualitativa ao assimilar a realidade como múltipla, sendo descoberta através de um processo dinâmico, onde os indivíduos interagem com o meio, resultando um conhecimento relativo ou contextual (Fortin, 2009).

Segundo Fortin (2009), o método de investigação mais conhecido e usual é o quantitativo. Este caracteriza-se pela mensuração de variáveis e obtenção de dados numéricos generalizáveis a outras populações e/ou contextos (raciocínio indutivo). Tanto no tratamento do tema de estudo como na obtenção dos resultados, a investigação quantitativa procura obter generalizações.

A investigação quantitativa tem objetivos, como estabelecer fatos, pôr em evidência relações entre variáveis por meio de verificação de hipóteses, prever resultados de causa efeito. Mediante tais fatos, este tipo de investigação obtém resultados suscetíveis de serem utilizados no plano prático, potenciando melhorias em situações específicas (Fortin, 2009).

O problema de investigação determina a abordagem utilizada pelo investigador, que tem em vista a obter respostas às suas questões. Cada metodologia comporta os seus tipos de investigação, sendo que a escolha ocorre mediante o objeto da investigação e o fim que se pretende alcançar. Relativamente à manipulação, o estudo apresenta-se como sendo descritivo, mais precisamente observacional descritivo.

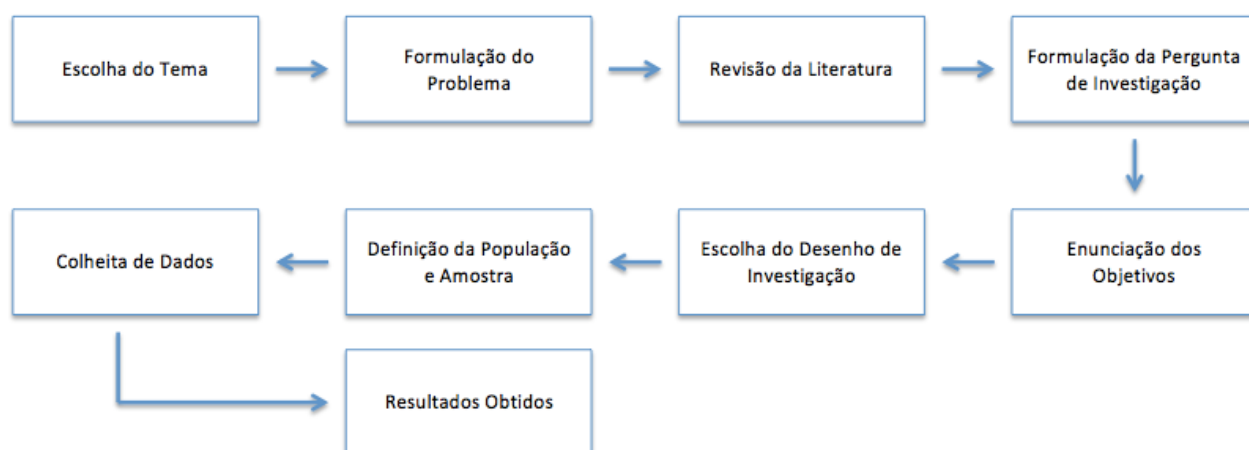
A investigação descritiva, segundo Fortin (2009), visa conhecer novas realidades, descrever fenómenos já existentes o determinar a frequência da ocorrência de um dado fenómeno. Assim, neste tipo de estudos, para recolher dados recorre-se muitas vezes à observação, pelo fato de existir pouco ou nenhum conhecimento acerca do assunto em questão, como será o caso da presente investigação. Sousa et al (2007), por seu turno, acrescentam que nos estudos descritivos o pesquisador observa, descreve e documenta vários aspectos do fenómeno, não havendo manipulação de variáveis ou procura pela causa e efeito. Assim, este tipo de desenho descreve o que de facto ocorre na realidade, determinando a frequência em que este ocorre, categorizando a informação.

Este estudo revela-se de carácter descritivo por fornecer informações acerca da população em estudo – via pública. Observacional, por ser caracterizado pela não intervenção do investigador, ou seja, o investigador desenvolve procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente. Assim, através da análise de dados observáveis será possível perceber o cumprimento ou não da legislação na via pública.

Quanto ao seguimento, o estudo define-se como transversal, uma vez que se foca num grupo representativo da população em estudo, sendo os dados recolhidos num único momento.

O percurso metodológico desta investigação teve início com a seleção do tema em estudo, culminando com a apresentação e discussão dos resultados, como se pode ver esquematizado na figura 6.

Figura 6: *Desenho do Percurso Metodológico*



O plano de investigação contemplou alguns dos seguintes procedimentos:

- Análise e revisão de literatura sobre a legislação em vigor em termos de acessibilidade;
- Construção de uma grelha de avaliação *ad hoc*, tendo em conta os aspetos relevantes que emergiram da análise da legislação;
- Recolha de dados, utilizando a grelha de avaliação *ad hoc* elaborada para o efeito;
- Análise e discussão dos dados referentes à acessibilidade da via pública.

1. A Pergunta de Investigação

A etapa da formulação do problema é crucial para o processo de investigação e determina o ângulo sob o qual o problema será abordado, o tipo de dados que deverão ser colhidos, bem como a análise dos mesmos.

Uma vez escolhido o tema é necessário formular uma questão de investigação. Fortin (2009) define a questão de investigação como uma pergunta clara acerca de um tema que o investigador queira explorar e aprofundar o conhecimento. Como referido na introdução, a pergunta inicial de investigação identificada é a seguinte: “Será que as condições das vias públicas facilitam a acessibilidade às pessoas com mobilidade condicionada?”.

Emergem várias outras questões de investigação que almejam por resposta:

- Quais são as condições das acessibilidades na via pública?
- Será que as condições das vias públicas facilitam a acessibilidade às pessoas com mobilidade condicionada?
- Será que os ambientes externos ao edificado contribuem para a inclusão social das pessoas com mobilidade condicionada?
- Qual é o papel do enfermeiro especialista em reabilitação como contributo para melhorar a acessibilidade das pessoas com mobilidade condicionada na via pública?

Tais questões irão responder aos objetivos outrora enunciados, que orientarão todo o trabalho de investigação.

2. População e Amostra

Após enunciar a questão de investigação, formular os objetivos e escolhido o desenho de investigação, a etapa seguinte será precisar a população, onde a informação será colhida.

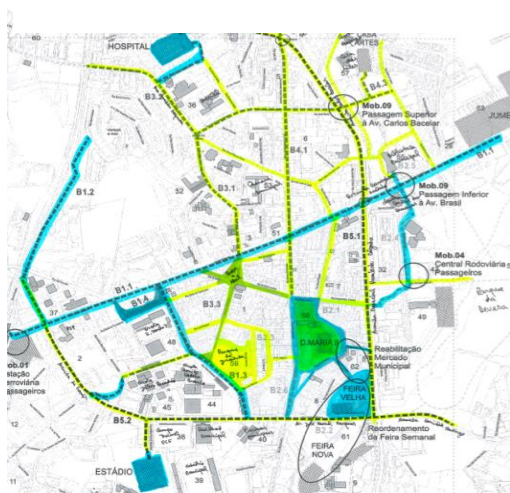
De referir que a população objeto de estudo determina-se de “população alvo”. Raramente é possível estudar a população alvo na sua totalidade, o que leva a que se examine a população acessível, que é a porção da população alvo a que se pode aceder. Esta deve, quanto possível, ser representativa da população alvo e pode ser uma cidade, uma região, um estabelecimento de ensino, um centro hospitalar, etc.

No presente estudo a população alvo corresponde às ruas (ou vias públicas) de uma freguesia de um município, mais concretamente a freguesia de Vila Nova de Famalicão pertencente ao município de Vila Nova de Famalicão.

O município de Vila Nova de Famalicão, pertencente ao distrito de Braga, possui 34 freguesias e tem, na sua totalidade, 133 832 habitantes, distribuídos por 201,7 Km² (Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão, 2007).

No mapa da figura 7 estão apresentadas a amarelo as ruas avaliadas para esta investigação.

Figura 7: Mapa das ruas alvo de avaliação



Fonte: Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão

Segundo Fortin (2009), a amostragem é o processo através do qual uma porção da população (amostra) é escolhida por forma a representar uma população inteira. Na especificidade do tema estudado, o foco do presente estudo não são as pessoas, porém as condições de acessibilidade para as pessoas com mobilidade condicionada.

Devido à impossibilidade de estudar na íntegra a população alvo, por existirem 116 ruas na totalidade, recorreu-se a uma técnica específica de amostragem, a fim de reduzir o erro amostral.

Recorreu-se a uma amostragem não probabilística por escolha racional, uma vez que as ruas alvo de estudo foram determinadas previamente por representantes da Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão, por serem no centro da cidade e próximas a serviços públicos.

Segundo Fortin (2009), a amostragem não probabilística por escolha racional consiste em tomar uma amostra na qual se encontrem características conhecidas na população, que deverão representar o fenómeno e ajudar a compreendê-lo.

Da amostra fazem parte 31 ruas de um total das 116 na freguesia central do município, o que corresponde a uma representação de 26,7% das possibilidades de análise. É de ressaltar que a avaliação recaiu sobre os dois lados das ruas.

3. Variáveis em Estudo e a sua Operacionalização

As unidades de base de uma investigação são as variáveis, que podem ser qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar/variarem no tempo. Fortin (2009) diz-nos que as variáveis tomam valores distintos que podem ser alvo de medição, manipulação ou controlo.

De acordo com Fortin (2009), para analisar as variáveis é necessário operacionalizá-las para que estas sejam mensuráveis, ou seja, para que possam ser alvo de medição. Assim, operacionalizar variáveis significa explicar os conceitos de forma a que estes possam ser

observados e medidos. Tendo em consideração a definição de variáveis, procedeu-se à operacionalização das variáveis em estudo.

A variável “caraterísticas dimensionais da via pública” permite definir o comprimento da via pública, ou seja, especifica uma grandeza física de distância entre dois pontos.

Para a construção das variáveis seguintes, recorreu-se à legislação vigente em Portugal, nomeadamente ao Decreto-Lei 163/2006 de 8 de Agosto, uma vez que comporta a definição das condições de acessibilidade que devem ser satisfeitas no projeto e na construção de espaços públicos, equipamentos coletivos e edifícios públicos e habitacionais. Estas variáveis compreendem, assim, as normas técnicas para a acessibilidade referidas no documento legal - Decreto-Lei 163/2006 de 8 de Agosto.

Relativamente à operacionalização das variáveis adaptou-se a classificação de acessibilidade de Rovira-Beleta, et al. (2007), tendo por base o olhar e os conhecimentos das enfermeiras para a deambulação.

Na variável “**Percursos Pedonais**” consideraram-se os passeios e caminhos de peões: “*os passeios adjacentes a vias principais e vias distribuidoras devem ter uma largura livre igual ou superior a 1,5m*” (Decreto-Lei 163/2006 de 8 de Agosto, p.5676).

Das categorias que compõe esta variável fazem parte a **zona de permanência** (zona livre; obstrução de um ou mais lados); o **alcance** (aproximação frontal e lateral); a largura livre; as zonas de manobra (com e sem deslocamento); a **altura livre** (obstruções); os **objetos salientes** (em paredes; em pilares/colunas; outros objetos); os **pisos e os seus revestimentos** (estado do piso; reflectância; elementos não fixos; espaços no piso; inclinação (igual direção ou direção transversal); revestimento de pisos não encerrados/uso de água); os **ressaltos no piso**; os **elementos vegetais** (caldeiras das árvores; espaços no piso; áreas adjacentes; elementos da vegetação); **sinalização e orientação** (existência de sinalização; sinalização em obras; legibilidade da sinalização) e **passeios e caminhos de peões**. No fundo, todos os elementos que caraterizam um percurso pedonal.

Tabela 1: Variável "Percursos Pedonais"

Categorias			Indicadores	
Zona de Permanência	Zona Livre		Não Acessível	
	Obstrução de um ou mais lados		Acessível sem Dificuldade	
Alcance	Aproximação frontal		Não Aplicável	
	Aproximação lateral			
Zonas de Manobra	Sem Deslocamento		Não Acessível	
	Com Deslocamento		Acessível sem Dificuldade	
			Não Aplicável	
Altura Livre			Não Acessível	
Objetos Salientes	Em Paredes			
	Em Pilares/Colunas			Acessível sem Dificuldade
	Outros Objetos			Não Aplicável
Altura Livre				
Pisos e seus Revestimentos	Estado do Piso		Não Acessível	
	Reflectância			
	Elementos Não Fixos			
	Espaços no Piso			
	Inclinação	Igual Direção		
		Direção Transversal		
	Revestimento de Pisos Não Encerrados / Uso de Água			
Ressaltos no Piso			Acessível só com Ajuda	
Elementos Vegetais			Acessível com Dificuldade	
Elementos Vegetais	Caldeiras das Árvores		Acessível sem Dificuldade	
	Espaços no Piso			
	Áreas Adjacentes			
	Elementos da Vegetação			
Sinalização e Orientação	Existência de Sinalização		Não Aplicável	
	Sinalização em Obras			
	Legibilidade da Sinalização			
Passeios e Caminhos de Peões				

Relativamente à variável “**Escadarias na Via Pública**”, as categorias que constituem esta componente dizem respeito aos **lanços, patins intermédios e patamares** (largura e profundidade); aos **patamares superiores e inferiores**; aos **degraus** (profundidade; espelho; dimensões (cobertor e espelho); aresta do focinho; faixa antiderrapante e sinalização visual); ao **degrau de arranque**; aos **elementos salientes** (existência de elementos salientes; arestas e extremidades); **meio de vencer o desnível**; **faixa de aproximação**; **dimensões dos degraus** e aos **corrimãos** (altura; prolongamento do topo; prolongamento da base; continuidade; número). Para esta variável apenas foram considerados os indicadores “Não Acessível”; “Acessível sem Dificuldade” e “Não Aplicável”.

Tabela 2: “*Escadarias na Via Pública*”

Categorias		Indicadores
Lanços, Patins Intermédios e Patamares	Largura	Não Acessível Acessível sem Dificuldade Não Aplicável
	Profundidade	
Patamares superiores e inferiores		
Degraus	Profundidade	
	Espelho	
	Dimensões (cobertor e espelho)	
	Aresta do Focinho	
	Faixa Antiderrapante e Sinalização Visual	
Degrau de Arranque		
Elementos Salientes	Existência de Elementos Salientes	
	Arestas e Extremidades	
Meio de Vencer o Desnível		
Faixa de Aproximação		
Dimensões dos Degraus		
Corrimãos	Altura	
	Prolongamento do Topo	
	Prolongamento da Base	
	Continuidade	
	Número	

A variável “**Escadarias em Rampa na Via Pública**” é composta pelas categorias das **escadas**; **inclinação**; **desenvolvimento do degrau** e **projeção horizontal**.

Tabela 3: Variável “*Escadarias em Rampa na Via Pública*”

Categorias	Indicadores
Escadas	Não Acessível
	Acessível só com Ajuda
	Acessível com Dificuldade
	Acessível sem Dificuldade
	Não Aplicável
Inclinação	Não Acessível Acessível sem Dificuldade Não Aplicável
Desenvolvimento do Degrau	
Projeção Horizontal	

A operacionalização da variável “**Rampas na Via Pública**” comporta as categorias da **inclinação**; **rampas em curva** (raio; inclinação); **largura**; **plataforma horizontal de descanso** (número; largura; comprimento); **corrimãos** (existência de corrimãos; prolongamento do topo e da base; continuidade; altura do piso; número; rampas que vencem desníveis superiores a 0,4m); **sinalização tátil** e **projeção**.

Tabela 4: Variável "Rampas na Via Pública"

Categorias		Indicadores
Inclinação		Não Acessível Acessível sem Dificuldade Não Aplicável
Rampas em Curva	Raio	
	Inclinação	
Plataforma Horizontal de Descanso	Número	
	Largura	
	Comprimento	
Corrimãos	Existência de Corrimãos	
	Prolongamento do Topo e da Base	
	Continuidade	
	Altura do Piso	
	Número	
	Rampas que vencem desníveis superiores a 0,4m	
Sinalização Táctil		
Proteção		
Largura		Não Acessível
		Acessível só com Ajuda
		Acessível sem Dificuldade
		Não Aplicável

A variável "Passagens de Peões de Superfície" comporta as categorias **altura do lancil**; **inclinação na direção da passagem**; **inclinação na direção do lancil do passeio**; **largura das passagens de peões**; **inclinação do piso**; **semáforos e obras de construção**.

Tabela 5: Variável "Passagens de Peões de Superfície"

Categorias	Indicadores
Altura do Lancil	<p>Não Acessível</p> <p>Acessível com Dificuldade</p> <p>Acessível só com Ajuda</p> <p>Acessível sem Dificuldade</p> <p>Não Aplicável</p>
Inclinação na Direção da Passagem	
Inclinação na Direção do Lancil do Passeio	
Largura das Passagens de Peões	<p>Não Acessível</p> <p>Acessível sem Dificuldade</p> <p>Não Aplicável</p>
Inclinação do Piso	<p>Não Acessível</p> <p>Acessível só com Ajuda</p> <p>Acessível com Dificuldade</p> <p>Acessível sem Dificuldade</p> <p>Não Aplicável</p>
Obras de Construção	
Semáforos	
Obras de Construção	

Quanto à variável "**Passagens de Peões Desniveladas**", desta fazem parte, como categorias, as **rampas** (largura e corrimão) e as **escadas** (lanços; patins; patamares; degraus; patins intermédios; faixa de aproximação; rampa alternativa).

Para esta variável apenas foram considerados os indicadores "Não Acessível"; "Acessível sem Dificuldade" e "Não Aplicável".

Tabela 6: Variável "Passagens de Peões Desniveladas"

Categorias		Indicadores
Rampas	Largura	Não Acessível Acessível sem Dificuldade Não Aplicável
	Corrimão	
Escadas	Lanços	
	Patins	
	Patamares	
	Degraus	
	Patins Intermédios	
	Faixa de Aproximação	
	Rampa Alternativa	

Na variável “**Outros espaços de circulação e permanência de peões**”, as categorias são constituídas pelos **passeios e caminhos de peões**; **escadas**; **escadas em rampa** e **espaços superiores a 100m²**.

Tabela 7: Variável "Outros Espaços de Circulação e Permanência de Peões"

Categorias	Indicadores	Codificação
Passeios e Caminhos de Peões	Não Acessível	1
	Acessível só com Ajuda	2
	Acessível com Dificuldade	3
	Acessível sem Dificuldade	4
	Não Aplicável	5
Escadas	Não Acessível	1
Escadas em Rampa	Acessível sem Dificuldade	4
Rampas		5
Espaços superiores a 100m ²		

A variável “**Espaços para estacionamento de viaturas**” tem como categorias o **número de lugares reservados**; **estacionamento reservado** (largura útil; faixa lateral; comprimento

útil; localização; local de entrada/saída; limites; sinal horizontal; sinal vertical));
estacionamento reservado e comandos.

Quanto à dimensão “número de lugares reservados”, o indicador “não acessível” corresponde ao não cumprimento dos requisitos, ou seja à não existência do número de lugares reservados indicado para cada espaço de estacionamento. Enquanto que o indicador “acessível sem dificuldade” se traduz no cumprimento adequado da legislação, ao existir a totalidade correta dos lugares que deve haver nos espaços de estacionamento.

Tabela 8: *Variável: "Espaço para Estacionamento de Viaturas"*

Categorias		Indicadores
Número de Lugares Reservados		Não Acessível Acessível sem Dificuldade Não Aplicável
Estacionamento Reservado	Largura Útil	Não Acessível Acessível só com Ajuda Acessível sem Dificuldade Não Aplicável
	Faixa Lateral	Não Acessível Acessível sem Dificuldade Não Aplicável
	Comprimento Útil	Não Acessível Acessível só com Ajuda Acessível sem Dificuldade Não Aplicável
	Localização	Não Acessível Acessível sem Dificuldade Não Aplicável
	Local de Entrada/Saída	
	Limites	
	Sinal Horizontal	
	Sinal Vertical	
Comandos Automáticos		

Para a operacionalização da variável “**Paragens de autocarros**” recorreu-se a uma publicação de Mário Pessegueiro, “Projetar para Todos”, e às normas europeias, uma vez

que existe uma lacuna desta temática nas normas técnicas. Fazem parte, como categorias, os **obstáculos**; **área adjacente**; **ligação com passeios**; **acesso**; **informação**; **espaço de aproximação**; **existência de abrigo** (dimensões; pavimento; lancil; acesso; zona de permanência); **sem abrigo**.

Tabela 9: Variável "Paragens de Autocarros"

Categorias		Indicadores
Obstáculos		Não Acessível
		Acessível só com Ajuda
		Acessível sem Dificuldade
		Não Aplicável
Área Adjacente		Não Acessível
Ligação com Passeios		Acessível sem Dificuldade
		Não Aplicável
Acesso	Escada	Não Acessível
	Rampa	Acessível só com Ajuda
Informação		Acessível com Dificuldade
		Acessível sem Dificuldade
		Não Aplicável
		Não Aplicável
Espaço de Aproximação		Não Acessível
Abrigo	Dimensões	Acessível sem Dificuldade
	Pavimento	Não Aplicável
	Lancil	Não Acessível
	Acesso	Acessível só com Ajuda
	Zona de Permanência	Acessível com Dificuldade
Sem Abrigo	Placa	Acessível sem Dificuldade
		Não Aplicável

Considerou-se **não acessível ou totalmente inacessível**, as barreiras físicas ou ausência de sinais sonoros de orientação que dificultam ou impossibilitam a transposição ou a

continuidade do percurso. A pessoa com mobilidade condicionada não consegue atingir os objetivos de deambular nos espaços em análise, por via de todos os seus sentidos ou meios.

Acessível só com ajuda aplica-se quando só é possível realizar a ação ou percurso com ajuda de uma terceira pessoa. Por exemplo, quando não é possível a aproximação frontal ou lateral a um caixote do lixo presente na rua, passa a necessitar de terceira pessoa para colocar o lixo.

Acessível com dificuldade verifica-se quando as condições de acessibilidade são próximas às exigidas na legislação, contudo não tem as condições necessárias para a realização das atividades em pleno conforto ou incorre em riscos com a pele. Por exemplo, o piso de paralelo ou a calçada à portuguesa.

Acessível sem dificuldade é quando condições de acessibilidade estão garantidas para pessoas com mobilidade condicionada e de acordo com o previsto na legislação em vigor.

Recorre-se a **não aplicável** quando não existe esse espaço ou as condições de observação não permitem tirar elações. Sempre que em algum local a ser avaliado não exista uma das condições, essa dimensão será classificada como “não aplicável”. Por exemplo, se uma determinada rua não dispuser de passeio, será classificada como “não aplicável”, uma vez que não foi possível determinar as condições de acessibilidade do mesmo.

A determinação da classificação é realizada de acordo com a apreciação cumulativa dos atributos, ou seja, no processo de atribuição da acessibilidade da via pública prevalece a classificação do atributo com o nível de acessibilidade inferior. A justificação para esta estratégia metodológica reside no facto de que a acessibilidade deve ser vista como uma harmonia entre todos os componentes existentes no local avaliado, por forma a facilitar a utilização pelas pessoas com mobilidade condicionada. Acresce neste estudo a especificação de risco para as ações relacionadas com todas as atividades de vida diária.

Por exemplo, se num determinado momento de um passeio, a verificação da largura do mesmo é avaliada como “Não Acessível”, implicará que a largura do passeio no seu todo seja classificada como “Não Acessível”.

É de referenciar que, embora o desejável, fosse que para cada dimensão pudessem ser atribuídos qualquer um dos cinco indicadores, existem dimensões em que tal não acontece, por não ser adequada a utilização de todos os indicadores.

Por exemplo, para o acesso e permanência de uma cadeira de rodas é necessário que o espaço compreenda uma largura igual ou superior a 0,75m e um comprimento igual ou superior a 1,20m. Se um dado espaço tiver características dimensionais inferiores às estipuladas, o facto de existir uma terceira pessoa que possa auxiliar (“acessível só com ajuda”) não vai fazer com que a cadeira de rodas caiba nesse mesmo espaço. Assim como se a pessoa em cadeira de rodas “forçar” a entrada (“acessível com dificuldade”) também não vai alterar a condição.

Um elemento importante para a garantia da acessibilidade do ambiente é o estudo antropométrico das diversas condições em que se encontram as pessoas: em pé, sentados, a andar, com uso de aparelhos, entre outros. Também é necessário ter em conta ao deslocamento das pessoas em cadeiras de rodas (Valeri, 2006).

4. Instrumento de Colheita de Dados

A colheita de dados pode seguir várias técnicas, o que exige a conceção de instrumentos ajustados aos mesmos. Pode-se colher dados factuais com recurso a entrevistas e questionários, avaliar características psicossociais através de escalas de medida ou apreciar situações por observações diretas.

O método de colheita de dados utilizado para este estudo será a grelha de avaliação *ad hoc* (grelha de observação da acessibilidade da via pública), apresentada no Anexo I.

Nesta investigação recorreu-se à observação estruturada, que consiste em observar e descrever, de forma sistemática, acontecimentos respeitantes ao problema de investigação (Fortin, 2009), sendo que o objetivo é sempre constatar fatos e relatá-los fielmente. Construiu-se o próprio instrumento de medida, devido à necessidade de ter que se obter respostas muito específicas acerca da problemática em análise (Fortin, 2009) e também porque não foi identificado nenhum instrumento publicado que satisfaça os objetivos do presente estudo.

É importante realizar um plano de observação antes de se iniciar a colheita dos dados com o objetivo de se perceber o que é que se vai observar; quando e como se devem anotar as observações; onde se farão as observações e quem as fará (Fortin, 2009).

Tendo em conta o plano de observação, o objetivo será observar a via pública e registar, de acordo com Decreto-Lei nº 163/2006, a sua acessibilidade em cada categoria e respetivas dimensões das variáveis previamente definidas.

A grelha está dividida em 9 partes: percursos pedonais; escadarias em rampa; rampas; passagens de peões de superfície; passagens de peões desniveladas; outros espaços de circulação e permanência de peões; espaços para estacionamento de viaturas; paragens de autocarros.

A determinação de todas as dimensões é efetuada com tendo em conta a parametrização já apresentada, de acordo com a legislação vigente, que resulta do olhar da enfermeiro face à realização das atividades de vida e ainda da influência dos autores (Teixeira, 2012; Pessegueiro, 2010).

5. Procedimento de Colheita e Análise de Dados

A partir do protocolo existente entre a Escola Superior de Enfermagem do Porto e o Município de Vila Nova de Famalicão foi agendada uma reunião com o pelouro da mobilidade da Câmara de Vila Nova de Famalicão, onde foram identificadas as ruas a serem observadas.

Como forma de garantir os princípios éticos foram realizadas várias reuniões com os representantes da Câmara Municipal de Vila Nova de Famalicão com o propósito de ser explicada toda a organização do trabalho e determinar quais as ruas alvo de avaliação para a investigação. A presente investigação não envolve diretamente pessoas, uma vez que o alvo do estudo é a via pública. Neste sentido, eticamente, substituir-se-á o nome das ruas por códigos, com o objetivo de assegurar a confidencialidade.

Para que a aproximação ao terreno fosse mais acessível, houve a oportunidade de realizar uma visita guiada aos principais pontos do município, por um dos principais membros pertencente ao Gabinete Apoio a Vereação - Mobilidade e Trânsito; Segurança Rodoviária.

A recolha de dados necessária para a realização da investigação foi feita no terreno através da observação e levantamento direto dos dados, de acordo com a grelha de observação previamente elaborada. Assim, foram batidas 31 ruas a pé, num total de 7604m, sendo que cada lado foi percorrido em separado pelo que resultou em 15208m observados. A colheita de dados foi realizada entre os meses de fevereiro e maio de 2018.

Sobre a análise de dados e decorrente da classificação realizada será usada a estatística descritiva, sendo de destacar o conjunto dos dados brutos retirados de uma amostra, por forma a que estes sejam compreendidos, tanto pelo investigador como pelo leitor. Neste sentido, será feito o recurso de acordo com a natureza das variáveis ao cálculo de frequências absolutas e relativas; medidas de tendência central (média e mediana) e o cálculo de medidas de dispersão, através dos valores mínimos e máximos e do desvio padrão.

Os dados quantitativos foram tratados estatisticamente com recurso ao programa de *software* IBM SPSS, versão 20.0.

III PARTE – OLHARES SOBRE A ACESSIBILIDADE DA VIA PÚBLICA

Numa fase inicial foram analisadas as políticas de promoção de acessibilidade e de que forma as autarquias estão organizadas visando cumprir as políticas de Estado, nomeadamente as que estão intimamente relacionadas com a promoção da acessibilidade, através da eliminação das barreiras arquitectónicas existentes no meio público.

Após uma descrição da metodologia utilizada para a presente investigação, importa agora proceder à apresentação dos resultados da pesquisa numa perspetiva global, abordando toda a população em estudo.

No presente capítulo serão analisados individualmente os resultados obtidos através da avaliação da via pública e suas componentes, passando por uma reflexão sobre o que ainda poderá ser realizado para melhorar a mobilidade, bem como compreender em que medida é que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação pode intervir nesta mesma problemática e terminando com a apresentação das conclusões inerentes à pesquisa.

1. As Pessoas com Mobilidade Condicionada do Município

Diariamente, as pessoas com mobilidade condicionada lidam com obstáculos que atentam à sua livre mobilidade.

Consultando os Censos (INE, 2011), no município de Vila Nova de Famalicão, residem 133832 pessoas, sendo que 64849 são do sexo masculino e 68983 do feminino. Dessas pessoas, 1128 pessoas não conseguem andar/subir degraus e 9557 têm muita dificuldade em efetuar a ação; 1723 não conseguem tomar banho e ou vestir-se sozinho e 3470 têm muita dificuldade; 237 não conseguem ver e 9700 têm muita dificuldade; 220 não conseguem ouvir e 5185 têm muita dificuldade em efetuar a ação. A tabela 12 ilustra este fenómeno.

Tabela 10: *Dificuldades sentidas na População do Município de Vila Nova de Famalicão*

Vila Nova de Famalicão (Município)	Ver	Ouvir	Andar ou subir degraus	Tomar banho ou vestir-se sozinho
Não tem dificuldade ou tem pouca em efetuar a ação	117679	122211	116931	122423
Tem muita dificuldade em efetuar a ação	9700	5185	9557	3470
Não consegue efetuar a ação	237	220	1128	1723

Fonte: INE, 2011

Já na freguesia de Vila Nova de Famalicão, residem 8478 pessoas, sendo que 4531 são do sexo masculino e 3947 do feminino. Dessas pessoas, 43 pessoas não conseguem andar/subir degraus e 390 têm muita dificuldade em efetuar a ação; 67 não conseguem tomar banho e ou vestir-se sozinho e 165 têm muita dificuldade; 22 não conseguem ver e 449 têm muita dificuldade; 9 não conseguem ouvir e 227 têm muita dificuldade em efetuar a ação, como se pode verificar na tabela 13 (INE, 2011).

Tabela 11: *Dificuldades sentidas na População na Freguesia de Vila Nova de Famalicão*

Vila Nova de Famalicão (Freguesia)	Ver	Ouvir	Andar ou subir degraus	Tomar banho ou vestir-se sozinho
Não tem dificuldade ou tem pouca em efetuar a ação	7569	7804	7607	7808
Tem muita dificuldade em efetuar a ação	449	227	390	165
Não consegue efetuar a ação	22	9	43	67

Fonte: INE, 2011

Tendo em conta tais números, é importante compreender, em termos de acessibilidade, as condições da via pública e responder ao objetivo “analisar as condições das acessibilidades

na via pública”, até porque a área selecionada para a análise é a que, por ventura, os municípios poderão vir a frequentar.

1.1 Caracterização dimensional das vias públicas

Sobre as dimensões de via pública analisada verificou-se que a variação de comprimento foi no mínimo 78m e no máximo 700m, sendo a média da dimensão das ruas de 250,13m. No entanto, a sua dispersão é grande, uma vez que o desvio-padrão é igual a 157,205.

Fazem parte da via pública os percursos pedonais (zona de permanência, alcance, largura livre, zonas de manobra, altura livre, objetos salientes, pisos e seus revestimentos, ressaltos no piso, elementos vegetais, sinalização e orientação); passeios e caminhos de peões; escadarias; escadarias em rampa; rampas; passagens de peões de superfície; passagens de peões desniveladas; outros espaços de circulação e permanência de peões; espaços para estacionamento de viaturas e paragens de autocarros.

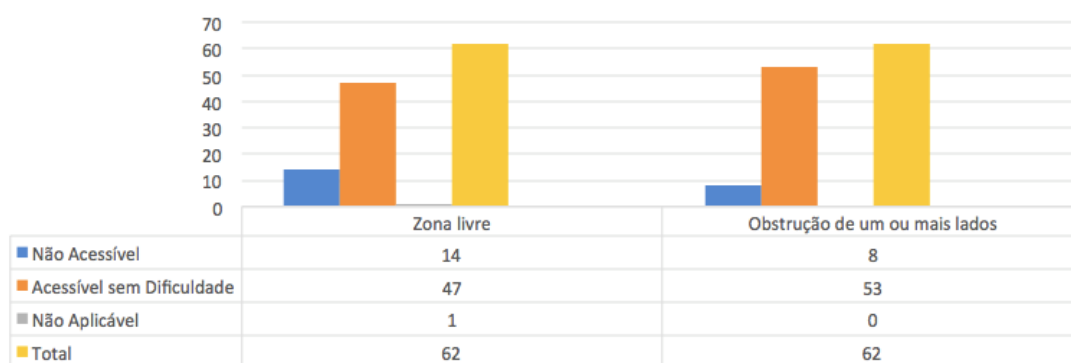
1.2 Os percursos pedonais

Segundo o Decreto-Lei 163/2006 (p. 5676), *“as áreas urbanizadas devem ser servidas por uma rede de percursos pedonais, designados de acessíveis, que proporcionem o acesso seguro e confortável das pessoas com mobilidade condicionada a todos os pontos relevantes da sua estrutura ativa”*, devendo satisfazer o especificado nas respetivas secções.

Sobre o cumprimento das condições de acessibilidade da zona de permanência avaliou-se a zona livre para o acesso/permanência de uma cadeira de rodas e a existência de um lado totalmente desobstruído ou com espaço para manobra adicional, caso a zona livre esteja situada num recanto.

Os resultados para as respectivas categorias estão apresentados na tabela seguinte.

Tabela 12: Descrição da Variável Percursos Pedonais - Zona de Permanência



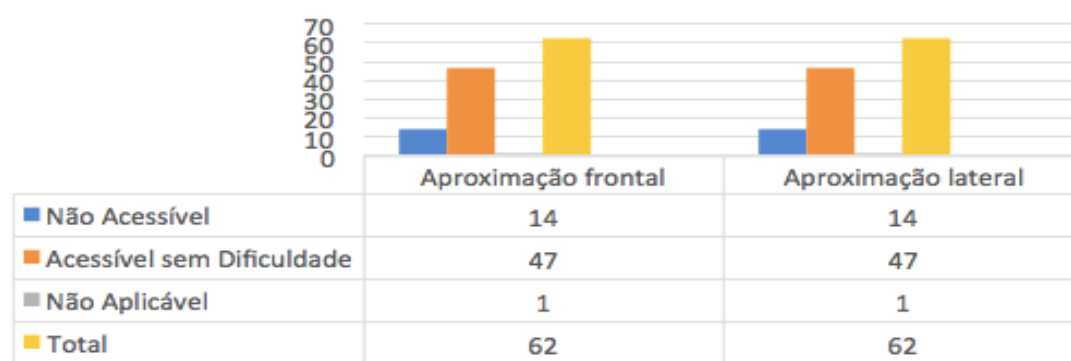
Constatou-se que 75,8% dos percursos pedonais avaliados são acessíveis sem dificuldade relativamente ao acesso e/ou permanência de uma cadeira de rodas, no entanto 22,6% não são acessíveis. Um dos percursos é classificado como não aplicável, uma vez que o mesmo é em terra batida, ou seja, não apresenta passeio, não sendo possível avaliar as condições.

Quanto à obstrução de um ou mais lados, 85,5% dos percursos são considerados acessíveis sem dificuldade, sendo que 12,9% são não acessíveis.

O Decreto nº163/2006 sugere que sempre que a zona livre permita a aproximação frontal e/ou lateral, os objetos ao alcance de uma pessoa em cadeira de rodas devem situar-se nos intervalos definidos.

Os resultados relativos às dimensões “Aproximação Frontal” e “Aproximação Lateral” são apresentados na tabela abaixo elaborada.

Tabela 13: Descrição da Variável "Percursos Pedonais - Alcance"

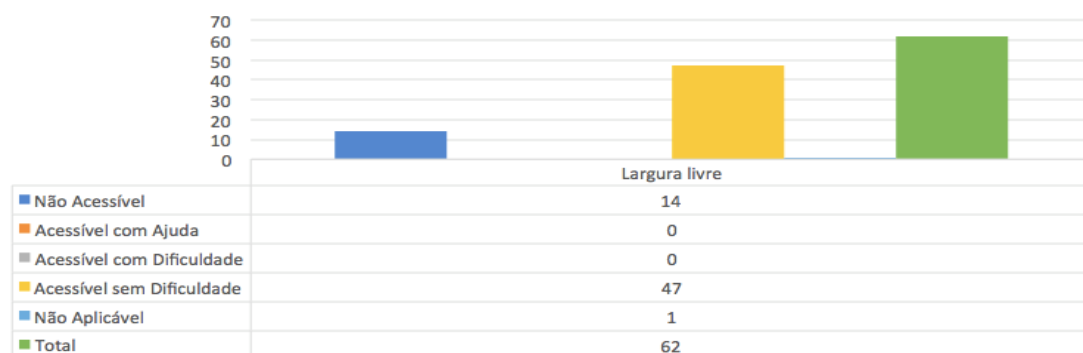


Dos 62 percursos pedonais avaliados, 75,8% permitem a aproximação frontal e lateral, enquanto que 22,6% não permitem.

Em toda a extensão do percurso pedonal, este deve ser contínuo e desobstruído, com uma largura igual ou superior a 1,2m, podendo ser inferior, caso satisfaçam as condições de medidas necessárias.

Assim, na tabela a seguir são descritos os resultados obtidos para a dimensão “Largura Livre”.

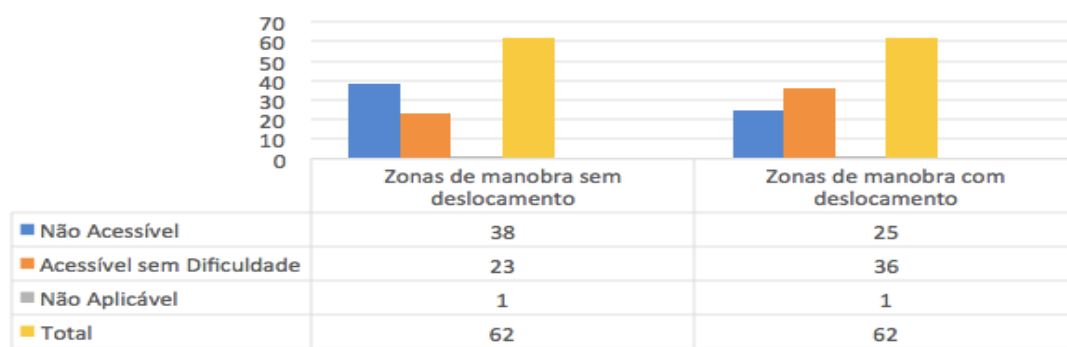
Tabela 14: Descrição da Variável "Percurso Pedonais - Largura Livre"



Quanto aos canais de circulação, 75,8% são considerados acessíveis sem dificuldade, mas 22,6% são avaliados como não acessíveis.

Para que seja possível uma pessoa em cadeiras de rodas conseguir realizar uma mudança de direção, quer seja sem deslocamento, quer seja com deslocamento é necessário que o canal de circulação obedece a medidas específicas. São expostos na tabela abaixo, os resultados obtidos nas dimensões “Zonas de Manobra Sem Deslocamento” e “Zonas de Manobra Com Deslocamento”

Tabela 15: Descrição da Variável "Percurso Pedonais - Zona de Manobra"



Do total avaliado, em 37,1% é possível uma pessoa em cadeira de rodas realizar uma mudança de direção sem deslocamento, contudo em 61,3% não é possível a mesma ser realizada. Já no que se refere a mudanças de direção com deslocamento, 58,1% dos percursos permitem-nas, mas 40,3% não.

Como forma de ilustrar a não acessibilidade dos passeios relativamente à zona livre, obstrução, alcance, largura livre e zonas de manobra são apresentadas algumas imagens retiradas dos percursos avaliados.

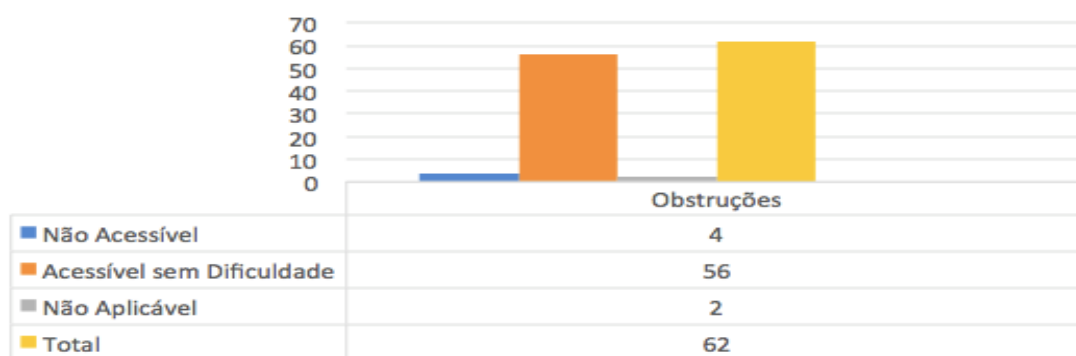
Figura 8: *Percursos Pedonais Não Acessíveis*



Fonte: Elaborada pela autora

Os percursos pedonais devem ter uma altura livre de obstruções em toda a sua largura, que deve ser igual ou superior a 2m nos espaços encerrados e 2,4m nos não encerrados.

Tabela 16: *Descrição da Variável "Percurso Pedonais - Altura Livre"*

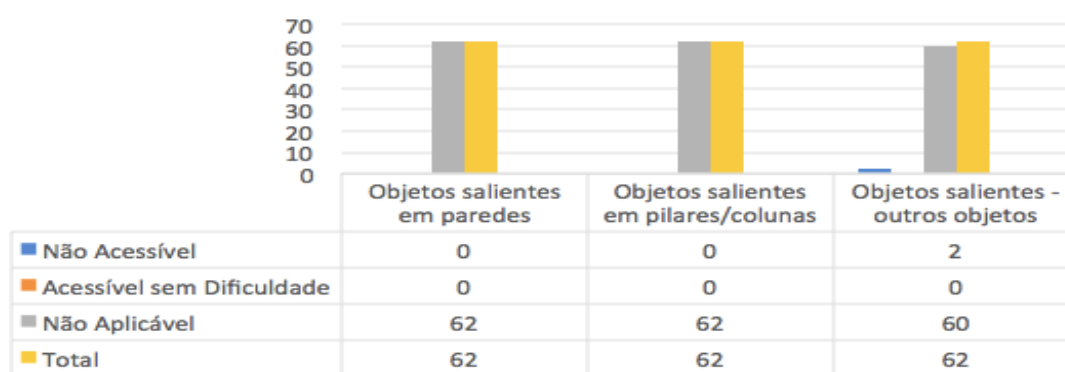


Para esta dimensão tem-se 90,3% dos percursos acessíveis. Dos percursos analisados, 6,5% foram considerados como não acessíveis.

Relativamente aos objetos salientes, estes têm que cumprir os requisitos no que concerne à sua projeção em paredes; em pilares/colunas e outros objetos.

Na variável "Percursos Pedonais – Objetos Salientes", em todas as dimensões a avaliação remete-se para não aplicável, exceto para a dimensão "Objetos salientes – Outros Objetos", em que 3,2% correspondem a "não acessível", por não cumprirem os requisitos estipulados, como apresentado.

Tabela 17: "Percurso Pedonais - Objetos Salientes"



No que diz respeito à dimensão “Pisos e seus Revestimentos”, os pisos devem cumprir certas características, como sendo o estado do piso; reflectância; elementos não fixos; espaços no piso; inclinação e revestimentos de piso de espaços não encerrados ou espaços em que exista uso de água.

Na tabela a seguir são apresentados os resultados para a mesma.

Tabela 18: Descrição da Variável "Percurso Pedonais - Pisos e seus Revestimentos"

Categorias	Não Acessível		Acessível com Ajuda		Acessível com Dificuldade		Acessível sem Dificuldade		Não Aplicável		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estado do piso	3	4,8	2	3,2	7	11,3	49	79	1	1,6	62	100
Reflectância	0	0	0	0	0	0	60	96,8	2	3,2	62	100
Elementos não fixos	0	0	0	0	0	0	1	1,6	61	98,4	62	100
Espaços no piso	7	11,3	0	0	0	0	51	82,3	4	6,4	62	100
Inclinação – igual direção	3	4,8	0	0	4	6,5	52	83,9	3	4,8	62	100
Inclinação – direção transversal	2	3,2	0	0	4	6,5	54	87,1	2	3,2	62	100
Revestimentos de pisos não encerrados / uso de água	0	0	0	0	0	0	0	0	62	100	62	100

Relativamente ao estado do piso, tem-se 79% dos pisos acessíveis sem dificuldade, 11,3% com dificuldade, 3,2% com ajuda e 4,8% não acessíveis. Quanto à reflectância, 96,8% dos pisos são acessíveis. Sobre os elementos não fixos, apenas um dos percursos é acessível sem dificuldade, ou seja, 1,6%, sendo que 98,4% são considerados não aplicáveis. No que diz respeito aos espaços no piso, 82,3% são considerados acessíveis sem dificuldade e 11,3% não são acessíveis. Acerca da inclinação dos pisos esta foi avaliada na direção do percurso e na direção transversal. Assim, na direção do percurso 83,9% é acessível sem dificuldade, 6,5% com dificuldade e 4,8% não acessível. Para a direção transversal, 87,1% é considerada acessível, 6,5% acessível com dificuldade e 3,2% não acessível.

A seguinte imagem ilustra um dos muitos exemplos observados na via pública relativamente ao estado do piso.

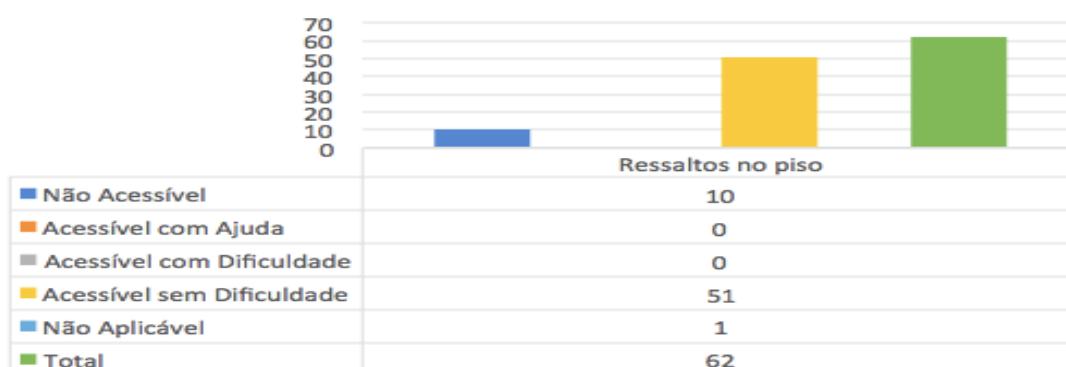
Figura 9: Percurso Pedonal Não Acessível (Estado do Piso)



Fonte: Elaborada pela autora

A lei contempla que, sempre que haja mudanças de nível abruptas, e caso não possam ser evitadas, os passeios tenham um tratamento adequado à sua altura. A tabela seguinte expressa os resultados acerca da dimensão "Ressaltos no Piso".

Tabela 19: Descrição da Variável "Percursos Pedonais - Ressaltos no Piso"



Dos 62 percursos pedonais avaliados, 82,3% cumprem os requisitos, sendo portanto avaliados em acessíveis sem dificuldade, enquanto que 16,1% não cumprem, sendo não acessíveis.

Na seguinte imagem é possível verificar como são representados os ressaltos no piso mais frequentes nos percursos observados.

Figura 10: *Percurso Pedonal Não Acessível (Ressaltos no Piso)*

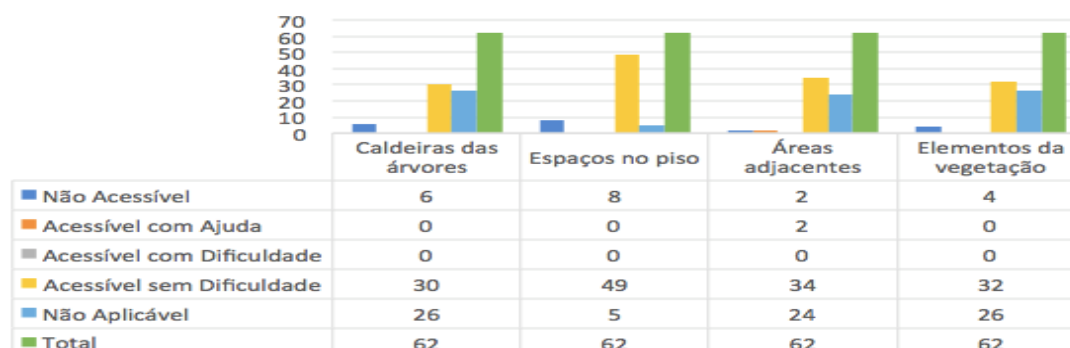


Fonte: Elaborada pela autora

Os elementos vegetais fazem igualmente parte da via pública, pelo que devem ser avaliados e também obedecerem a determinadas normas.

Assim, fazem parte destes, as caldeiras das árvores, que devem estar revestidas por grelhas de proteção ou assinaladas, por forma a permitirem a sua identificação por pessoas com deficiência visual; os espaços no piso, onde as grelhas devem possuir certas medidas de grandeza; as áreas adjacentes não devem ter elementos vegetais que danifiquem o piso e os elementos da vegetação não devem interferir com o percurso.

Tabela 20: *Descrição da Variável "Percursos Pedonais - Elementos Vegetais"*



Perante os resultados é possível afirmar que 48,4% das caldeiras das árvores existentes nos percursos pedonais são avaliadas como acessíveis sem dificuldade e 9,7% como não acessíveis.

Relativamente aos espaços no piso, 79% dos percursos são considerados acessíveis sem dificuldade e 12,9% não acessíveis. A dimensão “áreas adjacentes” corresponde a acessível sem dificuldade em 54,8%, acessível com ajuda 3,2% e outros 3,2% não acessíveis.

Na imagem seguinte é apresentada uma situação de não acessibilidade relativamente a estas dimensões, mas é de ressaltar que aquando da finalização desta investigação este espaço se encontrava em obras, estando já esta situação a ser melhorada.

Figura 11: *Percurso Pedonal Não Acessível (Elementos Vegetais)*

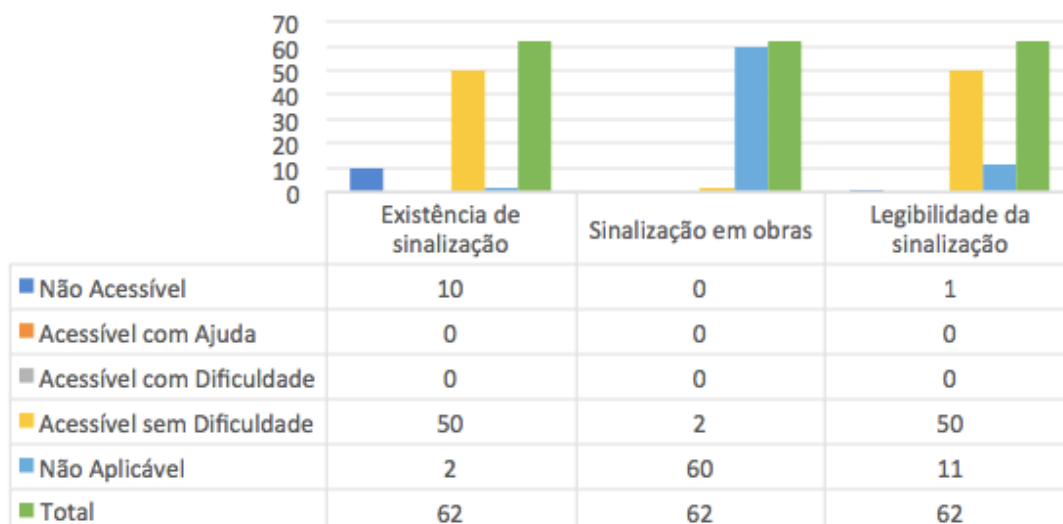


Fonte: Elaborada pela autora

A via pública deve ter sinalização identificativa. Assim, esta deve indicar os percursos acessíveis e não acessíveis. Se existirem obras que prejudiquem as condições da acessibilidade deve ser salvaguardada a integridade das pessoas. Por fim, para assegurar a acessibilidade da sinalização esta deve ser legível.

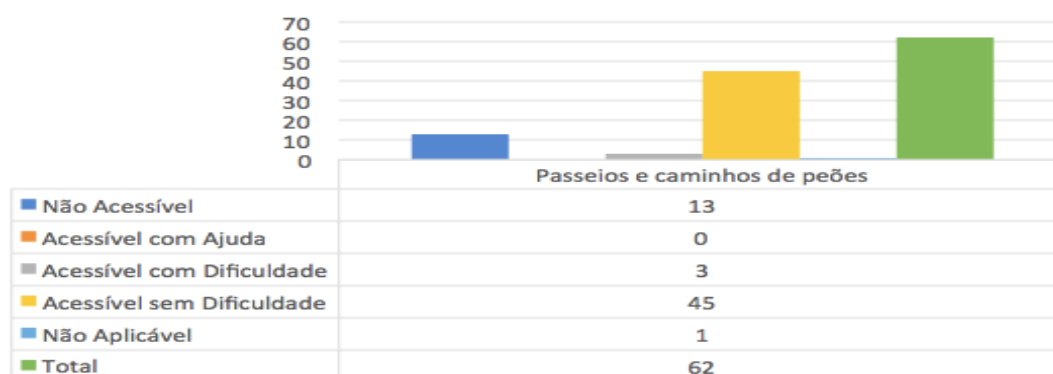
A tabela seguinte mostra os resultados obtidos para a dimensão “Sinalização e Orientação”.

Tabela 21: *Descrição da Variável "Percursos Pedonais - Sinalização e Orientação"*



Dos 62 percursos pedonais avaliados, 80,6% são acessíveis sem dificuldade relativamente à existência da sinalização e 16,1% não acessíveis. Um dos percursos apresentava obras, que estavam corretamente identificadas, sendo por isso considerado acessível sem dificuldade – 3,2%. Relativamente à legibilidade da sinalização, 80,6% corresponde a acessível sem dificuldade e 1,6% é considerado não acessível. Para os passeios adjacentes a vias principais e vias distribuidoras existe uma medida para a largura livre. Os resultados acerca da dimensão “passeios e caminhos de peões” encontra-se descrita na tabela seguinte:

Tabela 22: Descrição da Variável "Percursos Pedonais - Passeios e Caminhos de Peões"



No conjunto dos 62 percursos pedonais, 72,6% dos passeios e caminhos de peões são considerados acessíveis sem dificuldade e 21% não acessíveis.

Face aos percursos pedonais, é legítimo considerar que a maioria é acessível, contudo existe a possibilidade de melhorar bastante, uma vez que ainda persistem algumas situações problemáticas que condicionam a acessibilidade.

Para as variáveis “Escadarias na Via Pública” e “Escadarias em Rampa na Via Pública”, a avaliação corresponde ao indicador “Não Aplicável” em todas as categorias, já que nos 62 percursos pedonais observados não existiam.

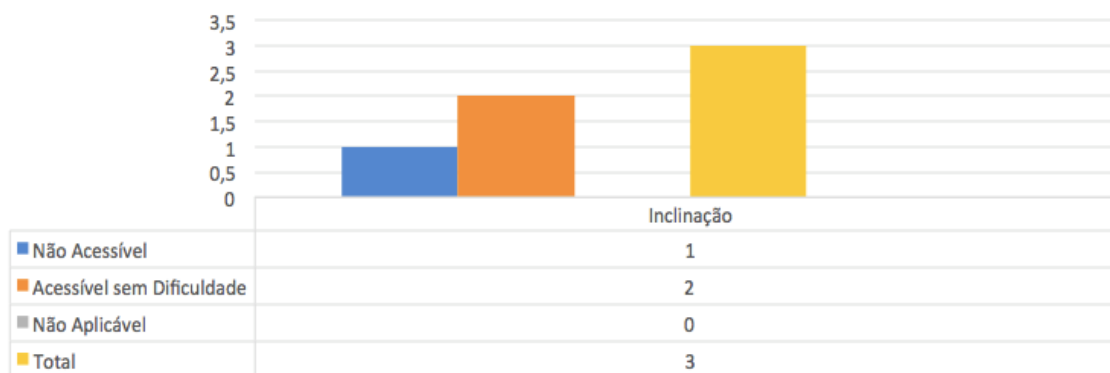
1.2.4 Rampas na Via Pública

Sobre o cumprimento das condições de acessibilidade das rampas, a lei afirma que estas devem ter a menor inclinação possível e ainda obedecer a certos parâmetros.

Do total dos 62 percurso pedonais registou-se a presença de 3 rampas, sendo que duas delas se encontram na mesma rua. Neste sentido, para o estudo da variável “Rampas na Via Pública”, ter-se-á N=3, em vez de N=62.

A tabela 23 apresenta os resultados relativamente à inclinação das rampas.

Tabela 23: Descrição da Variável "Rampas na Via Pública - Inclinação"

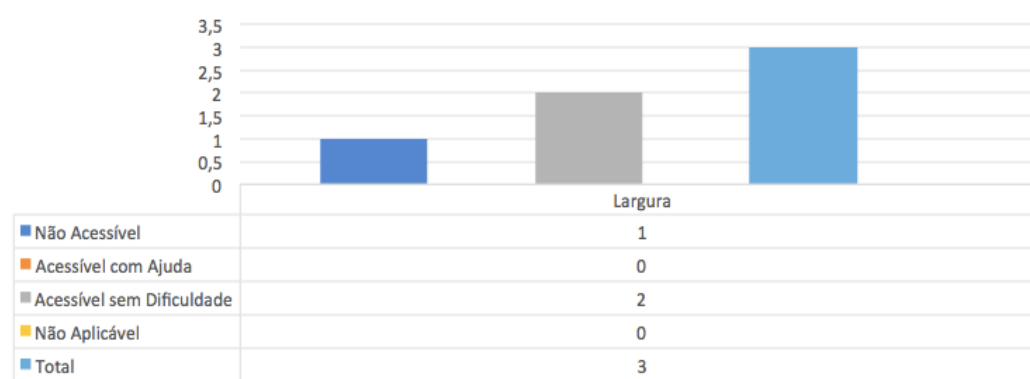


Relativamente à inclinação, a percentagem de acessibilidade sem dificuldade corresponde a 66,7%, uma vez que têm a menor inclinação possível. Uma percentagem de 33,3% corresponde a uma rampa não acessível, pois apresenta um inclinação superior ao estipulado.

Quanto às rampas em curva (raio e inclinação), os resultados obtidos correspondem ao indicador “não aplicável”, por não existirem.

Acerca da largura das rampas, a tabela 24 demonstra os dados obtidos.

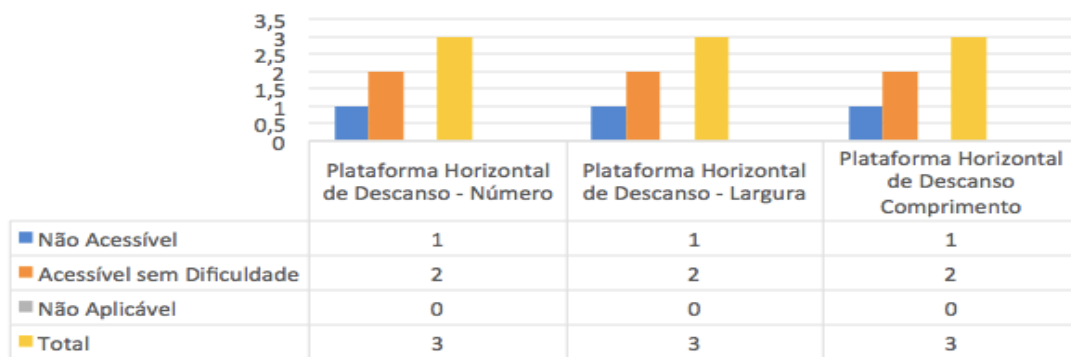
Tabela 24: Descrição da Variável "Rampas na Via Pública – Largura"



Relativamente à largura, a percentagem de acessibilidade sem dificuldade corresponde a 66,7% e 33,3% corresponde a uma rampa não acessível em termos de largura, como descrito na mesma tabela.

Relativamente às plataformas horizontais de descanso, a tabela 25 ilustra os resultados obtidos.

Tabela 25: Descrição da Variável "Rampas na Via Pública - Plataforma Horizontal de Descanso"



Sobre as Plataforma Horizontal de Descanso, duas das rampas são consideradas acessíveis sem dificuldade, pois apesar de não possuírem as plataformas, não necessitam, uma vez que possuem uma projeção horizontal adequada à sua inclinação. Já para a terceira rampa tal não se verifica, sendo considerada acessível com dificuldade.

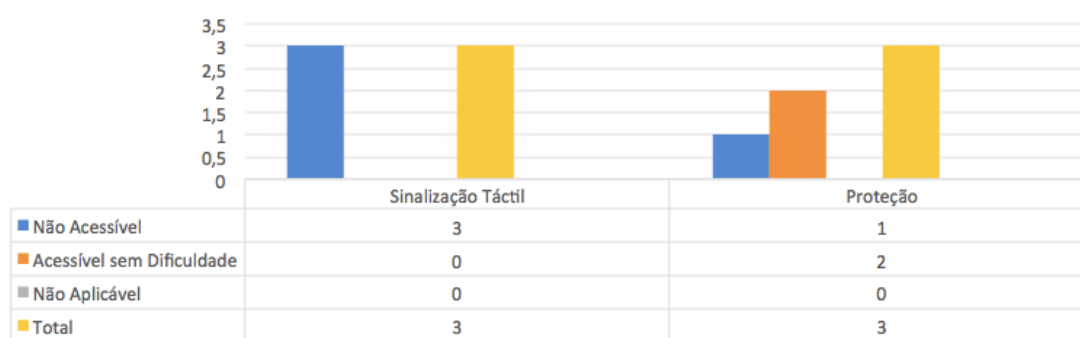
Nenhuma das rampas possui corrimãos, no entanto duas delas cumprem os requisitos para não possuírem tal característica. Os dados são apresentados na tabela abaixo indicada.

Tabela 26: Descrição da Variável "Rampas na Via Pública - Corrimãos"

Categorias	Não Acessível		Não Aplicável		Total	
	N	%	N	%	N	%
Existência de Corrimãos	1	33,3	2	66,7	3	100
Corrimãos – Prolongamento do Topo e da Base	1	33,3	2	66,7	3	100
Corrimãos – Continuidade	1	33,3	2	66,7	3	100
Corrimãos – Altura do Piso	1	33,3	2	66,7	3	100
Corrimãos – Rampas que vencem desníveis superiores a 0.4m ²	1	33,3	2	66,7	3	100

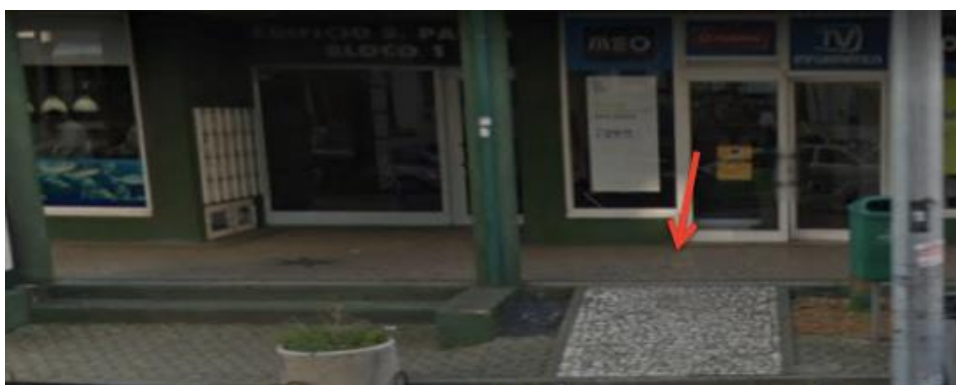
Relativamente à sinalização tátil e proteção, a tabela 27 ilustra os dados obtidos para as rampas em questão.

Tabela 27: Descrição da Variável “Rampas na Via Pública - Sinalização Tátil e Proteção”



Acerca da sinalização tátil, nenhuma das rampas é possuidora de tal característica, sendo não acessíveis neste ponto. Quanto à proteção, duas das rampas não possuem a obrigatoriedade de possuir corrimãos, no entanto uma das rampas (a que tem uma inclinação não acessível), deveria ter elementos de proteção, o que não é o caso, sendo por isso não acessível também neste parâmetro, como demonstrado.

Figura 12: Rampa Não Acessível



Fonte: Elaborada pela autora

Na figura 12 é apresentada a rampa com maior número de dimensões não acessíveis, a saber: inclinação, largura, plataforma horizontal de descanso, corrimãos ou proteção e sinalização tátil.

1.2.5 Passagens de Peões de Superfície

Sobre as passagens de peões de superfície, Teles (2014) afirma que as passarelas são essenciais na continuidade dos percursos pedonais ao permitir que os peões possam atravessar as vias e assim assegurar a sua segurança e funcionalidade.

As passagens de peões de superfície obedecem a determinados requisitos, nomeadamente a altura do lancil, inclinação na direção da passagem e do passeio, largura, inclinação do piso, semáforos e obras de construção, caso existam.

Na tabela abaixo encontram-se descritos os resultados para a variável “Passagens de Peões de Superfície”.

Tabela 28: Descrição da Variável "passagens de Peões de Superfície"

Categorias	Não Acessível		Acessível com Ajuda		Acessível com Dificuldade		Acessível sem Dificuldade		Não Aplicável		Total	
	Nº	%	Nº	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Altura do Lancil	20	25,3	3	3,8	9	11,4	47	59,5	0	0	79	100
Inclinação na Direção da Passagem	21	26,6	1	1,3	2	2,5	55	69,6	0	0	79	100
Inclinação na Direção do Passeio	20	25,3	1	1,3	2	2,5	56	70,9	0	0	79	100
Inclinação do Piso	0	0	0	0	0	0	9	11,4	70	88,6	79	100
Largura das Passagens de Peões	2	2,5	-	-	-	-	12	15,1	65	82,3	79	100
Semáforos	79	100	0	0	0	0	0	0	0	0	79	100
Obras de Construção	0	0	0	0	0	0	0	0	79	100	79	100

O total de passagens de peões de superfície corresponde a 79 do conjunto das 31 ruas observadas, uma vez que na mesma rua existem, muitas vezes, mais do que uma

passadeira. Assim, como anteriormente foi feito, para esta variável proceder-se-á à análise com base em N=79.

Relativamente à dimensão “altura do lancil”, tem-se uma percentagem de 59,5% das passagens acessíveis sem dificuldade, 11,4% acessível com dificuldade, 3,8% acessível com ajuda e 25,3% não acessível.

No que diz respeito à inclinação na direção da passagem, 69,6% são acessíveis sem dificuldade, 2,5% acessível com dificuldade, 1,3% acessível com ajuda e 26,6% não acessível. Para a inclinação na direção do passeio, tem-se 70,9% acessíveis sem dificuldade, 2,5% acessível com dificuldade, 1,3% acessível com ajuda e 25,3% não acessível.

Quanto à largura dos separadores centrais, 15,1% são consideradas acessíveis sem dificuldade, 2,5% não acessíveis, 82,3% correspondem a não aplicável, uma vez que as mesmas não apresentavam separadores centrais.

Para a inclinação do piso, 11,4% são consideradas acessíveis sem dificuldade e 88,6% são não aplicáveis.

Para a dimensão “semáforos”, é observável que não existe nenhum dispositivo em nenhuma das passadeiras (100% das 79 passadeiras não possuem semáforos), tornando-se inacessíveis para invisuais, devido ao facto de não haver qualquer emissão de sinal sonoro, não promovendo a segurança aquando da travessia.

A dimensão “obras de construção” apresenta uma percentagem de 100% no indicador “não aplicável”, uma vez que não foram observadas estas componentes, devido à sua não existência.

Figura 13: *Passagens de Peões de Superfície Não Acessíveis*



Fonte: Elaborada pela autora

A figura 13 representa a maioria das passadeiras que não são consideradas acessíveis relativamente à altura do lancil, onde na segunda, além da altura do lancil não ser acessível,

também existem obstáculos perpendicularmente à mesma que não permitem a passagem acessível de uma cadeira de rodas, facto que foi verificado em algumas das passadeiras observadas.

1.2.6 Passagens de Peões Desniveladas

As Passagens de Peões Desniveladas fazem parte da via pública, obedecendo também a determinadas características. Seco (2008) atesta que através das travessias pedonais desniveladas se pretende evitar conflitos entre veículos e peões à custa da realização de atravessamentos quer por cima quer por baixo da faixa de rodagem.

Os resultados da avaliação das dimensões que compõem a variável “Passagens de Peões Desniveladas” encontram-se na tabela seguinte.

Tabela 29: Descrição da Variável "Passagens de Peões Desniveladas"

Categorias	Não Acessível		Acessível sem Dificuldade		Não Aplicável		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rampas	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	100
Rampas - Largura	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	100
Rampas – Corrimão	0	0	2	66,7	1	33,3	3	100
Escadas	0	0	1	33,3	2	66,7	3	100
Escadas – Lanços	0	0	1	33,3	2	66,7	3	100
Escadas – Patins	0	0	1	33,3	2	66,7	3	100
Escadas – Patamares	0	0	1	33,3	2	66,7	3	100
Escadas – Degraus	0	0	1	33,3	2	66,7	3	100
Escadas- Patins Intermedios	0	0	1	33,3	2	66,7	3	100
Escadas – Faixa de Aproximação	1	33,3	0	0	2	66,7	3	100
Escadas – Rampa Alternativa	0	0	0	0	3	100	3	100

Foram avaliadas 3 passagens de peões desniveladas, que correspondem às existentes nos 62 percursos pedonais. Assim, ter-se-á $N=3$.

Relativamente às dimensões “rampas” e “rampas – largura”, ambas têm uma correspondência de 33,3% no indicador “acessível sem dificuldade” e 33,3% no indicador “não acessível”. Já para “rampas – corrimão”, 66,7% são acessíveis sem dificuldade.

Quanto a todas as dimensões “Escadas”, excetuando a faixa de aproximação e a rampa alternativa, 33,3% são consideradas acessíveis sem dificuldade. Para a faixa de aproximação, 33,3% são não acessíveis. Em relação à rampa alternativa, 100% corresponde a não aplicável, uma vez que não foi observada esta dimensão em qualquer uma das passagens de peões desniveladas avaliadas.

A variável “Outros Espaços de Circulação e Permanência de Peões” não foi avaliada em nenhum dos percursos analisados, por não existir, sendo portanto “não aplicável” em todas as suas dimensões.

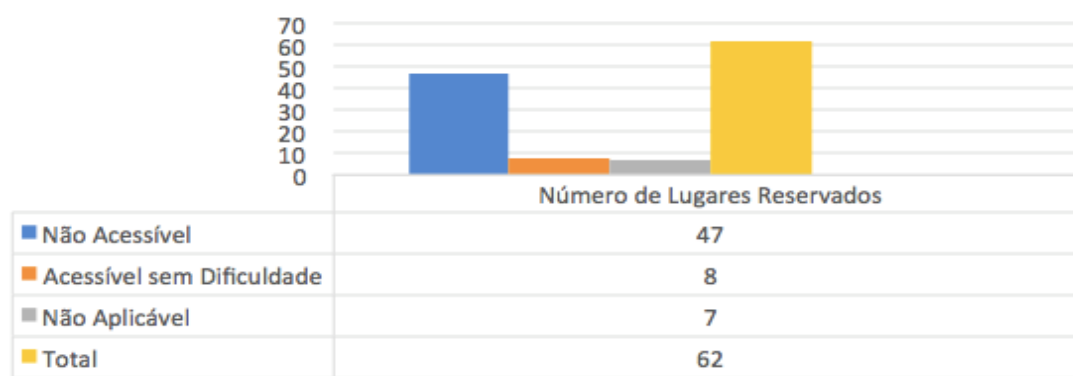
1.2.8 Espaços para Estacionamento de Viaturas

Ao longo da via pública existem espaços de estacionamento, sendo que para um certo número de lugares de estacionamento, deve haver um número específico de lugares reservados.

Teles (2014) afirma que em muitas das situações não é possível definir percursos acessíveis que liguem todos os espaços fundamentais do ambiente edificado, ditando que o acesso por automóvel seja a única forma de garantir esse acesso. Neste contexto é fundamental que existam lugares reservados destinados a pessoas com mobilidade condicionada, distribuídos criteriosamente.

Os resultados obtidos para a dimensão “números de lugares reservados” encontram-se descritos na tabela seguinte.

Tabela 30: Descrição da Variável "Espaços para Estacionamento de Viaturas - Número de Lugares Reservados"



Dos 62 percursos avaliados, 12,9% são considerados acessíveis sem dificuldade, no que concerne à existência adequada de espaços reservados. No entanto em 75,8% dos percursos esta condição não se verifica, sendo portanto classificados como não acessíveis. Ou seja, nestes locais não existem os lugares reservados que deveriam existir mediante os estacionamento comuns que subsistem ao longo dos percursos. A percentagem 11,2%, que corresponde ao indicador “não aplicável”, significa que nesses percursos pedonais não existem nem locais para estacionamento comuns nem reservados.

Para um estacionamento ser considerado reservado deve ser capaz de responder a determinadas características: largura, faixa lateral, comprimento, localização entrada/saída de viaturas, limites e sinais horizontal e vertical. Assim, foram avaliados todos os estacionamento intitulados de estacionamento reservados nas ruas observadas. Os resultados para a dimensão “estacionamento reservado” encontram-se relatados na tabela a seguir apresentada.

Tabela 31: Descrição da Variável "Espaços para Estacionamento de Viaturas Estacionamento Reservado"

Categorias	Não Acessível		Acessível com Ajuda		Acessível com Dificuldade		Acessível sem Dificuldade		Não Aplicável		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estacionamento Reservado – Largura Útil	17	68	0	0	0	0	8	32	0	0	25	100
Estacionamento Reservado – Faixa Lateral	23	92	-	-	-	-	2	8	0	0	25	100
Estacionamento Reservado – Comprimento Útil	9	36	0	0	0	0	16	64	0	0	25	100
Estacionamento Reservado – Localização	2	8	-	-	-	-	23	92	0	0	25	100
Estacionamento Reservado – Local de Entrada / Saída de Viaturas	2	8	-	-	-	-	23	92	0	0	25	100
Estacionamento Reservado – Limites	3	12	-	-	-	-	22	88	0	0	25	100
Estacionamento Reservado – Sinal Horizontal	6	24	-	-	-	-	19	76	0	0	25	100
Estacionamento Reservado – Sinal Vertical	1	4	-	-	-	-	24	96%	0	0	25	100

Para esta variável, considerou-se N=25, uma vez que corresponde ao total dos estacionamentos reservados existentes nas 31 ruas avaliadas. Assim, na dimensão “largura útil”, 32% respeitam as medidas estipuladas, sendo por isso considerados acessíveis sem dificuldade. 68% corresponde à percentagem de lugares que não são acessíveis.

Sobre a faixa lateral, 8% apresentam esta característica, sendo por isso acessíveis sem dificuldade. 92% não apresentam, sendo não acessíveis.

Relativamente ao comprimento útil, 64% dos lugares são coniventes com as medidas estabelecidas, sendo por isso acessíveis sem dificuldade. Já 36% não são cumpridores das mesmos medidas, sendo consideradas não acessíveis.

Quando à localização e ao local de entrada/saída de viaturas, 92% são considerados acessíveis sem dificuldade e 8% não acessíveis.

Acerca dos limites, 88% são considerados acessíveis sem dificuldade, enquanto que 12% não são acessíveis.

Para o sinal horizontal, 76% dos lugares são considerados acessíveis sem dificuldade e 24% não acessíveis. Já para o sinal vertical, 96% correspondem a acessíveis sem dificuldade e 4% a não acessível.

Os comandos dos sistemas de fecho/abertura automáticos devem ter a particularidade de serem acessíveis sem dificuldade a uma pessoa com mobilidade condicionada a partir do interior de um automóvel. Para esta variável, 100% correspondem ao indicador “não aplicável”, por não se observar esta dimensão em qualquer uma das ruas.

A imagem seguinte ilustra as faltas de acessibilidade mais comuns:

Figura 14: *Estacionamentos Reservados Não Acessíveis*



Fonte: Elaborada pela autora

Em síntese, é de alertar para a necessidade de intervenção nesta área, mas também de campanha para o respeito pela diferença na via pública.

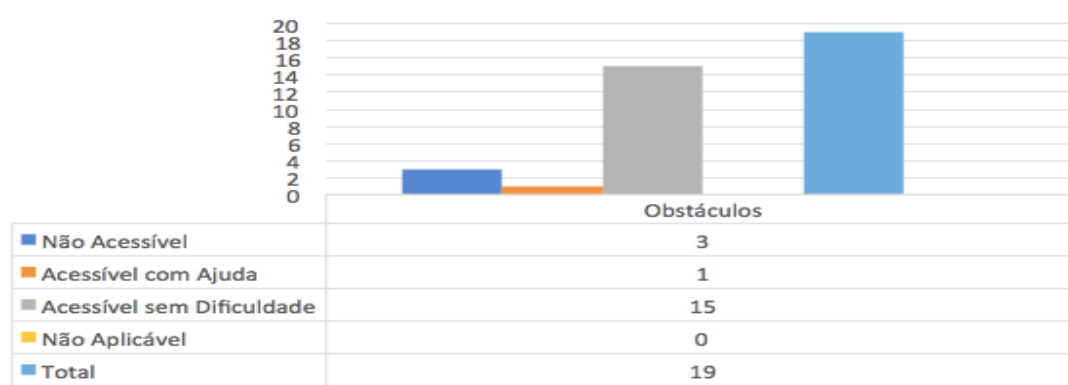
1.2.9 Paragens de Autocarros

Na integração de pessoas com deficiência ou mobilidade condicionada, os transportes públicos são de extrema importância, devendo ter qualidade arquitetónica que incluam espaços funcionais (Pessegueiro, 2014).

Na construção de uma tabela avaliativa em conformidade, foram observados os componentes essenciais das paragens de autocarro – existência de obstáculos; área adjacente; ligação com passeios; acesso (por escada ou por rampa); informação; espaço de aproximação; paragens com abrigo e paragens sem abrigo.

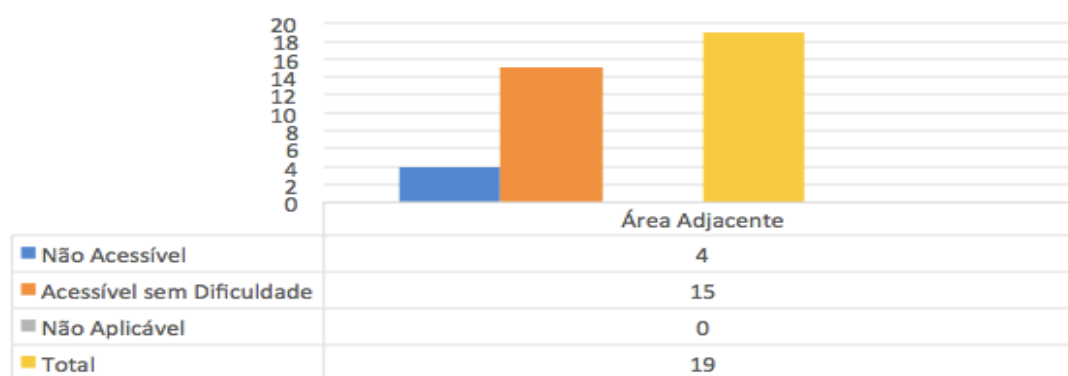
Relativamente à dimensão “obstáculos”, em 78,9% não existiam obstáculos que fossem impeditivos à livre circulação, sendo portanto as paragens de autocarros consideradas acessíveis sem dificuldade. No entanto, 5,3% possuíam obstáculos temporários, sendo consideradas acessíveis com ajuda e 15,8% foram classificadas em não acessíveis.

Tabela 32: Descrição da Variável “Paragens de Autocarro - Obstáculos”



A descrição da dimensão “área adjacente”, que permite o embarque livre, com dimensões satisfatórias, encontra-se descrita na seguinte tabela.

Tabela 33: Descrição da Variável “Paragens de Autocarro - Área Adjacente”

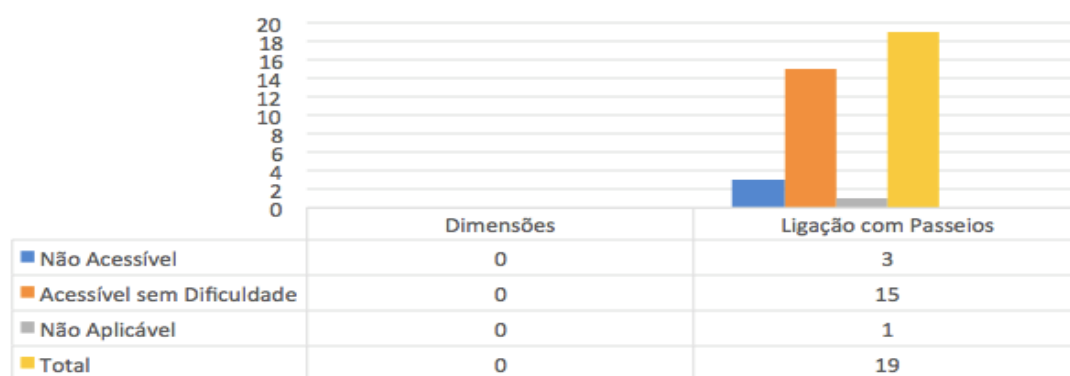


Para a dimensão “área adjacente”, 78,9% das paragens são acessíveis sem dificuldade, enquanto que 21% são não acessíveis.

As paragens de autocarros devem ter ligações com os passeios adjacentes ou então zonas pedonais de percursos acessíveis.

Assim, a tabela inferior resume os dados obtidos para a dimensão “ligação com passeios”.

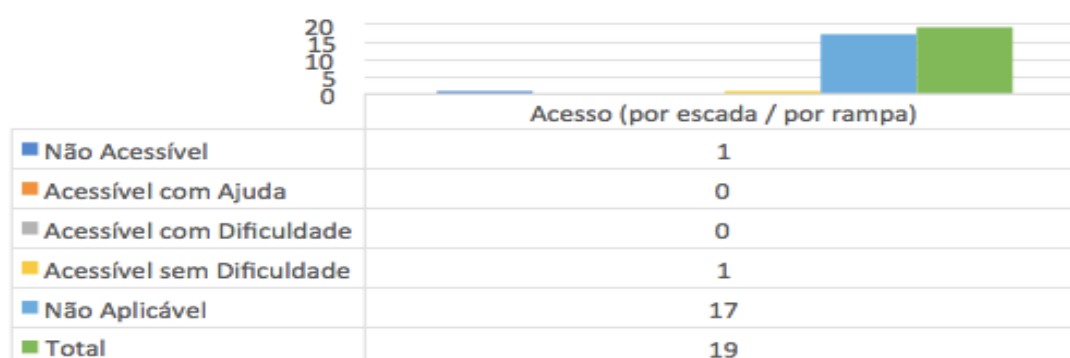
Tabela 34: Descrição da Variável "Paragens de Autocarro - Ligação com Passeios"



A ligação com os passeios é acessível sem dificuldade em 78,9% das paragens de autocarro, mas em 15,8% esta ligação não é acessível. O acesso entre a paragem de autocarro e o autocarro pode ser feita por escada ou por rampa.

Para se perceber a acessibilidade através de escada ou rampa, leia-se a tabela abaixo descrita para a dimensão "Acesso (por escada/por rampa)".

Tabela 35: Descrição da Variável "Paragens de Autocarro - Acesso (por escada/por rampa)"

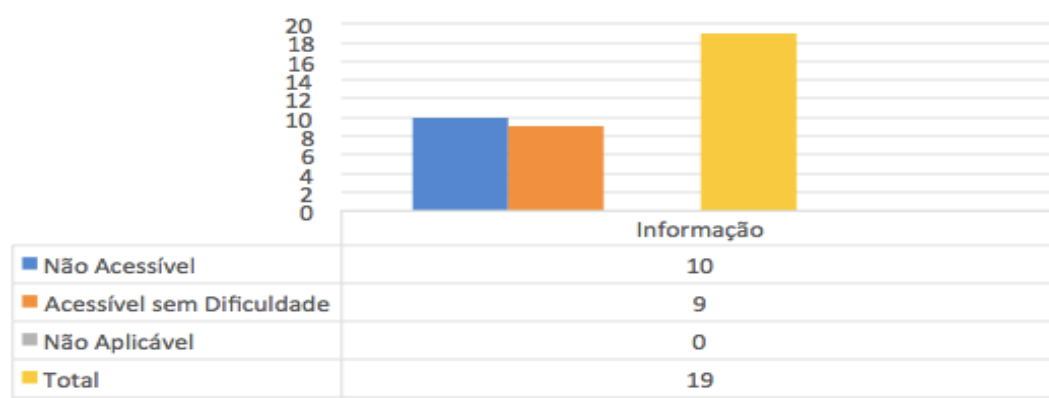


Das 19 paragens de autocarro, 89,5% dos acessos são considerados acessíveis sem dificuldade, enquanto que 5,3% são consideradas não acessíveis. 89,5% da totalidade, não apresentava qualquer um dos dois tipos de acesso, sendo portanto classificadas como não aplicável.

As paragens de autocarros devem ter informação legível sobre os horários em curso, bem como as linhas de itinerários.

Os resultados obtidos para a dimensão "informação" encontram-se descritos na tabela inferior.

Tabela 36: Descrição da Variável "Paragens de Autocarro - Informação"

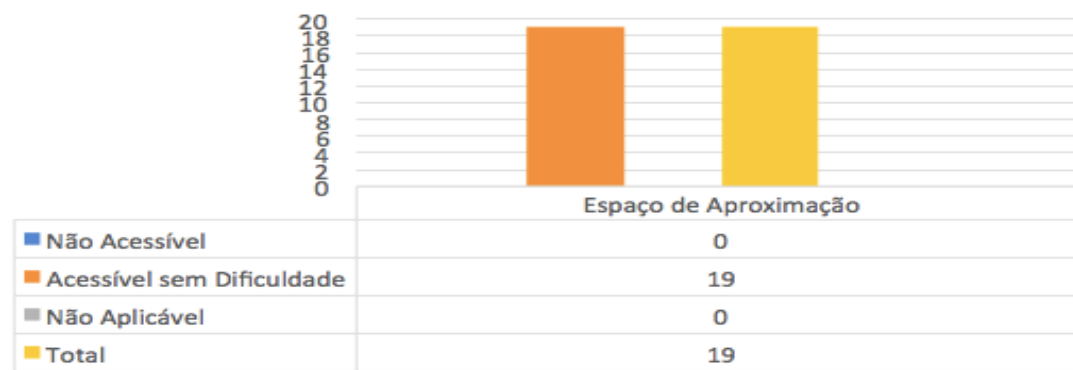


Em 47,4% das paragens de autocarro, a informação é legível, enquanto que em 52,6% das paragens não se encontrava qualquer tipo de informação, sendo consideradas não acessíveis para esta dimensão.

Nas paragens deve existir um espaço de aproximação com determinadas medidas para ser consideravelmente acessíveis aos veículos de transporte de pessoas.

A tabela demonstrativa dos dados em estudo para a dimensão “espaço de aproximação” encontra-se na tabela 27.

Tabela 37: Descrição da Variável "Paragens de Autocarro - Espaço de Aproximação"



Todas as paragens de autocarro existentes nas 31 ruas têm um espaço de aproximação de veículos de transporte coletivo de pessoas acessível sem dificuldade. As paragens de autocarros podem ter abrigo ou não. Relativamente às paragens de autocarro com abrigo, identificaram-se um total de 5 das 19 existente. Para cada abrigo é fundamental avaliar as dimensões, o pavimento, o lancil, o acesso e a zona de permanência. A tabela 38 descreve os resultados obtidos para a dimensão “abrigo”.

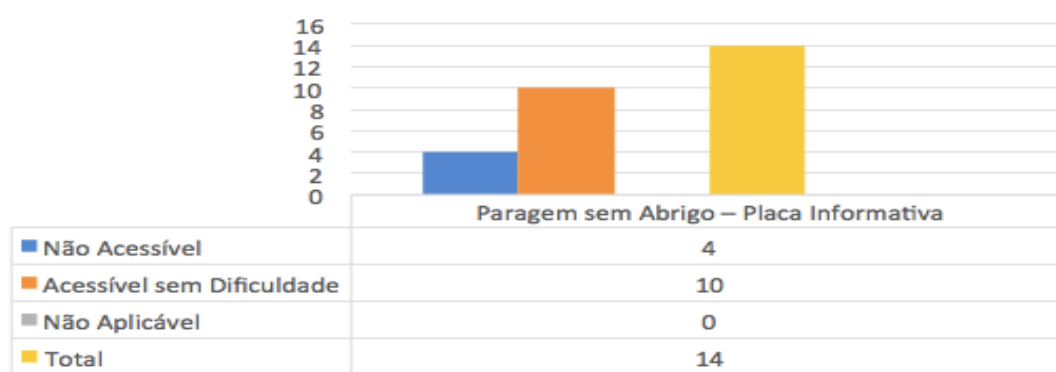
Tabela 38: Descrição da Variável "Paragens de Autocarro - Abrigo"

Categorias	Não Acessível		Acessível com Ajuda		Acessível com Dificuldade		Acessível sem Dificuldade		Não Aplicável		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Dimensões	0	0	-	-	-	-	5	100	0	0	5	100
Pavimento	0	0	0	0	0	0	5	100	0	0	5	100
Lancil	0	0	0	0	0	0	5	100	0	0	5	100
Acesso	0	0	0	0	0	0	5	100	0	0	5	100
Zona de Permanência	0	0	-	-	-	-	5	100	0	0	5	100

Analisando a tabela é possível compreender que todos os abrigos existentes são acessíveis sem dificuldade em todos os seus parâmetros.

Acerca das paragens sem abrigo é necessário avaliar se a placa obstrui ou não o passeio.

Tabela 39: Descrição da Variável "Paragens de Autocarro - Paragem Sem Abrigo"



Das paragens sem abrigo, 71,4% são acessíveis relativamente ao facto de a placa não obstruir o passeio, enquanto que 28,6% obstruem, sendo consideradas não acessíveis.

Nas imagens seguintes são apresentadas uma paragem de autocarro sem abrigo não acessível, em que a largura do passeio é insuficiente e a placa informativa obstrui o passeio e uma paragem de autocarro com abrigo, em que as dimensões são acessíveis, mas o passeio adjacente não o é.

Figura 15: Paragens de Autocarro Sem Abrigo



Fonte: Elaborada pela autora

Em síntese, foram considerados todos os componentes da via pública: percursos pedonais; escadarias; escadarias em rampa; rampas; passagens de peões de superfície; passagens de peões desniveladas; outros espaços de circulação e permanência de peões; espaços para estacionamento de viaturas e paragens de autocarro.

As Escadarias, Escadarias em Rampa e Outros Espaços de Circulação e Permanência de Peões não foram submetidos a qualquer tipo de avaliação, uma vez que na amostra estudada estes espaços não existiam. Assim, para estas três componentes, tem-se um total de 100% no indicador “não aplicável”.

Relativamente aos percursos pedonais foi possível compreender que a maioria permite o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas, bem como o alcance frontal e lateral aos objetos existentes ao longo dos mesmos (75,8%). É de salientar que, além de ser uma percentagem bastante favorável, 22,6% dos percursos não o permitem e um deles não apresenta passeio, não possibilitando uma travessia segura para todos os peões, quer tenham mobilidade condicionada ou não.

Caso a zona livre esteja situada num recanto, a maioria dos percursos apresenta um lado totalmente desobstruído ou com espaço para manobra adicional. A acessibilidade decresce quando são necessárias mudanças de direção de uma pessoa em cadeira de rodas, sendo que apenas 58,1% dos percursos permitem a mudança de direção com deslocamento e 37,1% permitem a mudança sem deslocamento.

Sobre a altura livre de obstruções em toda a largura, a maioria é também acessível sem dificuldade. Existem apenas dois percursos em que estão presentes objetos salientes, tornando-os não acessíveis.

Avaliou-se também o estado do piso, bem como a sua inclinação, uma vez que estas características influenciam diretamente a mobilidade de todos os cidadãos que transpõem a via pública. Assim, é de referir que a generalidade dos percursos apresentam um bom estado do piso e revestimentos, reflectâncias congruentes, inexistência de elementos não fixos (excetuando um percurso, que é acessível sem dificuldade) e inclinações favoráveis.

Acerca dos ressaltos no piso e elementos da vegetação, a maioria dos percursos é acessível sem dificuldade. Quanto à sinalização e orientação, também os percursos são maioritariamente acessíveis sem dificuldade.

Relativamente aos passeios e caminhos de peões propriamente ditos, também a generalidade é acessível sem dificuldade, mas uma percentagem considerável de 21% não é acessível. Neste contexto, a variável “Percursos Pedonais” é globalmente acessível, no entanto uma respeitável percentagem de percursos não o é.

As 3 rampas existentes nos percursos avaliados são globalmente acessíveis em todas as dimensões avaliadas, excetuando os corrimãos, em que nenhuma das rampas os possui. Também uma delas não é acessível nem na inclinação, nem na sua largura.

As passagens de peões de superfície apresentam a maior percentagem no indicador acessível sem dificuldade, contudo uma percentagem considerável em dimensões muito relevantes, como a altura do lancil, a inclinação na direção da passagem e do passeio e os semáforos (com emissão de sinal sonoro) são não acessíveis ou acessíveis com dificuldade ou ajuda. Uma grande percentagem das passagens não apresenta zona de interceção com os separadores centrais, daí que a largura foi avaliada em não aplicável.

Quanto às passagens de peões desniveladas, duas delas apresentam rampas, sendo que uma não é acessível e outra é. Uma delas apresenta escadas, sendo acessível, e as outras não apresentam.

Acerca dos espaços para estacionamento de viaturas, a globalidade da percentagem recai no indicador “não acessível”, isto porque, a grande maioria dos percursos não apresenta o número de lugares reservados que deveria ostentar, tendo em conta o número de estacionamentos não reservados. Apenas 8 dos percursos apresentam as condições

exigidas válidas. Dos percursos, 7 não apresentam qualquer tipo de estacionamento. Ainda sobre os estacionamentos, existem 25 estacionamentos reservados.

Relativamente às medidas (comprimento e largura), a maioria dos lugares reservados apresenta uma largura útil que não está em conformidade com as medidas estipuladas, mas em contrapartida a grande maioria dos lugares apresenta um comprimento útil favorável. Já sobre a faixa lateral, 23 dos estacionamentos não apresentam esta característica, sendo uma percentagem bastante considerável.

A grande maioria dos lugares encontra-se ao longo do percurso acessível mais curto até à entrada/saída do espaço de estacionamento ou equipamento que servem, bem como, sempre que existe mais que um lugar de estacionamento no mesmo percurso, estes encontram-se dispersos. Quanto à sinalização, a maioria dos estacionamentos apresentam limites demarcados por linhas amarelas, sinal vertical e horizontal. Em nenhum dos percursos existiam sistemas de fecho/abertura automático.

Acerca das paragens de autocarros, a maioria não apresenta obstáculos que possam tornar o espaço inacessível, bem como apresentam uma área adjacente para embarque igualmente livre de obstáculos. A ligação da zona de embarque com as zonas pedonais é também acessível na grande maioria. Relativamente à existência de um acesso entre a zona de embarque e o veículo é praticamente nula, mas todas as paragens permitem um espaço de aproximação acessível.

Sobre a informação legível existente, em 52,6%, ou seja, em 10 das paragens não existe qualquer tipo de informação, sendo que nos 47,4%, ou seja, 9 paragens a informação o é.

Das 5 paragens com abrigo, todas elas cumprem o estipulado para um abrigo acessível e das 14 com placa informativa, em 71,4% a placa não obstrui o passeio, no entanto em 28,4% obstrui.

É de extrema importância promover a acessibilidade, uma vez que esta é fundamental na prática dos direitos concedidos aos cidadãos, melhorando a qualidade de vida, fomentando os laços sociais e, consequentemente, aumentando a comunicação cívica.

2. Olhares sobre a Mobilidade

Um dos momentos de crítica reflexiva corresponde à discussão de um trabalho de investigação, onde se estabelece a relação entre os resultados obtidos pelo investigador e as questões de investigação formuladas (Fortin, 2009).

A pesquisa realizada foi orientada no sentido de se compreender quais são as condições de acessibilidade na via pública e até que ponto é que estas mesmas condições facilitam ou condicionam a acessibilidade das pessoas com mobilidade condicionada e como é que o ambiente externo ao edificado contribui para a inclusão social das mesmas, tendo como ponto de miragem o papel do enfermeiro especialista em reabilitação como contributo para melhorar a acessibilidade destas pessoas na via pública. Neste prisma, o presente capítulo pretende construir uma interface entre os resultados obtidos neste estudo e os dados obtidos noutros estudos de carácter idêntico, contribuindo para uma sociedade mais sensível para a inclusão da população.

A inacessibilidade arquitetónica existente nas cidades contribui para que a pessoa em cadeira de rodas tenha uma maior dificuldade de locomoção e liberdade de movimentação, bem como sentimentos de exclusão e isolamento social (Carvalho, 2008).

Fernandes (2014, p. 91), na sua investigação *“Conformidade do espaço urbano para pessoas com mobilidade reduzida”*, que tinha como objetivo avaliar o espaço urbano pedonal e a sua conformidade com as condições necessárias para a deslocação da população com mobilidade condicionada em Guimarães, fez a seguinte afirmação:

“Para a maioria da população é mais confortável mover-se em arruamentos planos ou com inclinação reduzida e em passeios amplos que permitam o fácil cruzamento de pessoas. Para pessoas com mobilidade reduzida, estes critérios são ainda mais importantes: se por si é cansativo subir uma rua com um declive acentuado, para uma pessoa que, por exemplo, se desloque com duas bengalas, o esforço será bem maior (...)”

Começando pelos percursos pedonais, constata-se que esta é uma dimensão estudada em diversas investigações.

O estudo *“Igualdade de Oportunidades: Um Olhar Sobre as Barreiras Arquitetónicas à Acessibilidade”* de Teixeira (2010), que tinha como objetivo analisar itinerários de Cascais, tendo em conta o processo de implementação política, também avaliou os percursos pedonais da vila de acordo com a classificação de acessibilidade de Rovira-Beleta. Este estudo, que abrange uma maior amostra (378 passeios), é concomitante com os resultados do presente estudo, ou seja, tanto a largura, como o estado do piso e a inclinação são maioritariamente acessíveis.

Acerca das zonas de manobra, tal como no presente estudo, Fernandes (2014) avaliou esta dimensão maioritariamente como não acessível, uma vez que nos troços avaliados apenas existe a mudança de direção de 90º e mudanças de direção em “T”.

Também no trabalho de investigação *“Acessibilidade ao Campus da Cidade Universitária da Universidade de Lisboa, pela Comunidade Académica Com Mobilidade Condicionada: Avaliação e Proposta de Melhoria”* de Simões et. al (2016), onde se identificaram e caracterizaram as barreiras existentes, se verificou a existência de passeios estreitos e ainda, os que não tinham rebaixamento, não cumpriam os pré-requisitos, apresentando um piso bastante irregular e com fraca manutenção da calçada, onde em alguns locais também foi possível verificar a sua ausência de pedras soltas no pavimento, facto que também se observou no presente estudo.

Sobre os objetos salientes existentes, nomeadamente a presença de caixotes do lixo, bancos de jardim, troncos de árvores cortadas e a falta de sinalização sonora no atravessamento de passadeiras, o mesmo trabalho acima referenciado afirma que este é também um dos maiores problemas enfrentados pelos invisuais, sendo esta sinalização de especial importância para o atravessamento em segurança. Embora seja uma pequena percentagem, estes fenómenos são visíveis nos percursos pedonais observados no presente estudo.

Relativamente à existência de sinalização e legibilidade desta, os percursos pedonais são maioritariamente acessíveis, contudo é importante refletir em como os invisuais não conseguem aceder a esta sinalização. O trabalho *“Acessibilidade ao Campus da Cidade Universitária da Universidade de Lisboa, pela Comunidade Académica Com Mobilidade Condicionada: Avaliação e Proposta de Melhoria”* (2016) apresenta como solução a colocação de placas em *braille* ou pontos de referência ou ainda o recurso às novas

tecnologias, como aplicações para telemóveis que ajudem a identificar e localizar serviços públicos.

No estudo *“Mobilidade e acessibilidade no centro de Cascais”*, Simão (2015, p. 104) tinha como objetivo mostrar as dificuldades de mobilidade do utilizador ao experimentar o espaço público de Cascais e sugerir propostas para a resolução das mesmas e fez a seguinte afirmação:

“Os passeios são a base da circulação pedonal do espaço público e, poucas vezes o seu tratamento é pensado em conformidade com a importância que têm. Os problemas geralmente estão associados à deficiência de organização do mobiliário urbano, deficiência da qualidade e conforto do pavimento, a ausência de rebaixamentos nas zonas de atravessamentos, impedindo a continuidade pedonal”.

Quando observamos os dados relativos às passagens de peões de superfície, estes vão de encontro aos dados analisados por Teixeira (2010). Ou seja, a altura do lancil e a inclinação são maioritariamente não acessíveis ou acessíveis com ajuda ou dificuldade. Também na investigação de Fernandes (2014) o critério menos consumado é a inclinação na direção do lancil do passeio ou caminhos de peões.

Apesar de nesta investigação não se considerarem os obstáculos como uma dimensão a ser avaliada nas passagens de peões de superfície, estes existiam em algumas delas, como foi possível observar nas imagens do anterior subcapítulo, sendo que no estudo de Teixeira (2010) 7,9% dos percursos apresentam obstáculos que põem em causa a acessibilidade.

É curioso perceber que tal como no presente estudo, também no estudo de Fernandes (2014), os grupos Escadarias na Via Pública e Outros Locais de Circulação e Permanência de Peões não se observaram.

Relativamente às rampas observadas, também no estudo de Teixeira (2010), as mesmas não cumprem os desígnios da acessibilidade, sendo não acessíveis. No estudo em causa, as rampas também eram desprovidas de corrimãos e tinham uma inclinação desfavorável. Mais ainda, no estudo de Pagliuca et. al (2007), *“Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetónicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará”*, cujo objetivo era pesquisar as barreiras físicas encontradas pelas pessoas com deficiência em quatro hospitais de uma dada área, verificou-se que em 3 deles, as rampas também não tinham corrimãos, não atendendo aos itens de segurança.

Sobre as passagens de peões de superfície, o estudo de Teixeira (2010), tal como nesta investigação, apresenta-as como maioritariamente acessíveis. O lancil tem a maior percentagem no indicador “não acessível” e na presente investigação também esta dimensão apresenta uma percentagem considerável no mesmo indicador e ainda no “acessível com ajuda” ou “com dificuldade”. Também no estudo *“Acessibilidade escolar: o caso da Escola Secundária Pinheiro e Rosa em Faro”* de Pinto et al. (2015), que analisou a acessibilidade escolar, das 3 passagens que avaliou apenas uma apresentava o lancil rebaixado e outra a inclinação do pavimento na direção da travessia e na direção do lancil dentro dos parâmetros pretendidos. Um dado muito importante acerca das passagens de superfície é o facto de nenhuma delas possuir semáforos, nem emissão de sinais sonoros, tornando-as inacessíveis a pessoas invisuais.

O estudo *“Análise da Mobilidade de Pessoas com Deficiência – Estudo de Caso”* de Apolo (2010), que tinha como objetivo analisar a mobilidade das pessoas com deficiência em 3 zonas urbanas de Lisboa, detetou ainda a inexistência de passeios rebaixados junto às travessias de peões ou, em certos casos, quando existe encontra-se mal executado. Este parâmetro corresponde à altura do lancil.

Ainda no estudo supracitado, a investigadora observou os estacionamento reservados onde percebeu a inexistência de qualquer lugar de estacionamento reservado a deficientes, sendo que os únicos lugares reservados a este tipo de veículos, se encontravam apenas nos parques de estacionamento subterrâneos e no parque do Centro Comercial, todos eles pagos. Este facto corrobora o presente estudo, onde a globalidade da percentagem recai no indicador “não acessível”, por apresentar um número de lugares reservados insuficiente, o que promove um difícil acesso das pessoas com mobilidade condicionada aos serviços existentes nas ruas, necessários à integridade da cidadania.

Acerca das paragens de autocarro, ainda no estudo de Teixeira (2010), também a maioria das paragens de autocarros é maioritariamente acessível, dados que corroboram os obtidos no presente estudo.

Partindo desta análise, é possível apurar que apenas uma parte da população pode utilizar os percursos com alguma segurança, uma vez que, para utilizar os percursos na sua plenitude, é necessário que a pessoa tenha agilidade, equilíbrio, cognição, coordenação, endurance, os cinco sentidos preservados e capacidade de processamento sensorial (Simão, 2015).

3. Uma Janela de Oportunidade para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, na sua concepção de cuidados à pessoa, tem em conta a integração da visão holística ao longo do ciclo vital da pessoa, obtendo assim uma maior capacitação para atuar com eficácia, abrangendo a diversidade humana.

O conhecimento que lhe permite avaliar a funcionalidade e diagnosticar alterações que possam levar à incapacidade e/ou determinar limitações da atividade possibilita ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação compreender as especificidades da população, adequando as intervenções que sejam mais eficazes a cada um.

No planeamento da investigação foi colocada a questão “qual é o papel do enfermeiro especialista em reabilitação como contributo para melhorar a acessibilidade das pessoas com mobilidade condicionada na via pública?”, constatando-se que, de facto, ainda ocorrem situações de falta de acessibilidade extrema que reúnem as condições de contextualização do trabalho destes profissionais para esta área específica.

Em termos de acessibilidade pública, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação pode ter um papel preponderante quer a nível do diagnóstico das necessidades e antecipação das mesmas das pessoas com mobilidade condicionada, quer a nível da resolução das dificuldades e problemas, articulando com a equipa multidisciplinar e organizações, contribuindo assim para a construção de ambientes acessíveis e, consequentemente, para a qualidade de vida e condições de exercício de cidadania numa sociedade inclusiva.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, na elaboração do plano de cuidados, fá-lo de forma personalizada para cada pessoa, tendo como propósito a promoção da saúde e o atingimento do alcance máximo do seu potencial, promovendo a mobilidade, a acessibilidade e participação social, pelo que não pode deixar de avaliar as áreas percorridas pelas pessoas que cuidam para garantir plena integração.

Neste sentido, fazem parte das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação investir na promoção da saúde, capacitando o indivíduo com necessidades especiais e adaptando-o à sua condição, tendo também como estratégia promotora de inclusão a identificação da sua rede de suporte e participação e envolvimento da família e elementos significativos durante todo o processo. Neste prisma, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação potencia as capacidades físicas e cognitivas da pessoa, garantindo o acesso aos serviços e facilitando uma intervenção ativa na sociedade.

Partindo do pressuposto de que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve atuar na promoção da saúde direcionada para as pessoas com mobilidade, tendo como finalidade a inclusão social, este deve ter como cuidados a optimização dos recursos de todos os envolvidos – pessoa, família e comunidade –, promovendo a sua participação no seu contexto de vida (pessoal e profissional).

O Enfermeiro, dotado de conhecimento sobre a legislação e normas técnicas promotoras da integração e participação cívica, deve realizar um levantamento das áreas que carecem de avaliação das condições de mobilidade e funcionalidade, identificando as barreiras arquitetónicas existentes e posterior orientação para a eliminação das mesmas, caso seja necessário, a saber: condições habitacionais e percurso circundante; acesso a locais públicos; acesso a locais de lazer; acesso a locais de saúde; acesso a locais de educação e formação; acesso ao local de trabalho; acesso a locais de consumos alimentares; acesso a locais de culto, entre outros.

Na orientação para a eliminação das barreiras arquitetónicas, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação poderá ensinar a gerir o ambiente físico, adaptando o domicílio, tendo em vista a maior independência possível para a pessoa e ainda informar sobre a legislação e os apoios sociais existentes e disponíveis para a eliminação das mesmas no edificado do seu contexto, procurando junto das Autarquias os apoios necessários.

Ainda na área da promoção da saúde, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação tem legitimidade para emitir pareceres técnico-científicos sobre estruturas e equipamentos sociais da comunidade, na articulação entre entidades e associações, tendo assim um papel interventivo na melhoria da viabilização das condições de acessibilidade e igualdade de oportunidades para todos os cidadãos.

Também na mesma área é importante que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação promova campanhas de sensibilização na comunidade através da consciencialização para a abolição das barreiras arquitetónicas, mas também pelo respeito

da sua manutenção e utilização, visando a adoção de práticas inclusivas, intervindo igualmente junto de entidades competentes, como as autarquias, através de parecerias, uma vez que estas assumem um papel de extrema importância na promoção da saúde.

As campanhas de sensibilização devem ser desenvolvidas por forma a quebrar o estigma social existente. Estas poderão ser realizadas no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, através de uma abordagem multidisciplinar focada no ciclo vital da pessoa e na família. Assim, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve integrar projetos e programas no âmbito da Saúde Escolar e Intervenção Comunitária, intervindo diretamente junto da população, totalizando as diferentes realidades sociais.

Acreditamos que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação que trabalha na comunidade pode inovar na sua intervenção ao ponto de capacitar a pessoa com mobilidade condicionada, ao realizar percursos em contexto real estudando propostas alternativas para que a pessoa prossiga com a concretização do seu papel social.

Ao intervir diretamente na aquisição de ganhos em saúde, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação contribui para o Plano Nacional de Saúde, como interveniente na criação de parcerias nas mais distintas áreas de intervenção.

Tendo como fim último o bem-estar, a qualidade de vida e a satisfação da pessoa, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve trabalhar em conjunto com a equipa multidisciplinar. A par disso poderá articular também com os recursos existentes na comunidade, potencializando comportamentos para uma integração efetiva.

Utilizando técnicas específicas, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação intervém na educação da pessoa e elementos significativos, no planeamento da alta, na continuidade de cuidados e reintegração na sociedade. Neste contexto o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação pode fazer uma ponte entre Hospital e Centro de Saúde, quando, ao abranger a competência da promoção da mobilidade e participação social, no Hospital referencia as situações de risco e a nível do ACES, a par com a Junta seja realizado o levantamento das necessidades e identificação das barreiras arquitetónicas do seu contexto.

Ainda na mesma linha de pensamento, na elaboração do plano de intervenção personalizado, a nível hospitalar o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação fará o ensino e o treino das capacidades para a execução do autocuidado à pessoa e

familiar cuidador e, posteriormente, no contexto habitacional, através do ACES, realizará o mesmo treino, mas adaptado à sua casa e aos recursos e ajudas técnicas aí existentes.

Seria interessante que houvesse um elo de ligação entre os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e Juntas de Freguesia, com o objetivo de as Juntas de Freguesia perceberem quantas pessoas com mobilidade condicionada existem nas suas freguesias e ainda que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação participassem às Juntas de Freguesia propostas de melhoria das condições relacionadas com a acessibilidade, participação social e exercício pleno da cidadania, ao identificarem as barreiras arquitetónicas existentes no acesso ao meio edificado e percursos envolventes.

Como forma de tornar uma Autarquia ainda mais inclusiva seria interessante que, sobre os órgãos executivos da Câmara, se considerasse a possibilidade de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação poderem emitir pareceres acerca de projetos habitacionais, edifícios ou vias públicas, assim como desenvolver programas e estratégias para a promoção da acessibilidade, uma vez que estes profissionais detêm de uma consciência mais precisa das necessidades de grupos vulneráveis.

A nível das ajudas técnicas, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é um elemento-chave no diagnóstico das necessidades das ajudas técnicas, fulcrais para a promoção da independência e mobilidade e subsequente diminuição da dependência de pessoas, diminuição dos gastos em apoios sociais e melhor adaptação ao ambiente, otimizando a reintegração da pessoa no seu contexto.

É ainda de salientar que na revisão teórica não foi encontrada evidência desenvolvida por outros profissionais entre as condições específicas das variantes das pessoas com mobilidade condicionada e as condições ambientais, o que evidencia uma janela aberta para novos trabalhos de Enfermagem de Reabilitação.

Reconhecemos que este trabalho tem a sua grande centralidade na arquitetura e em todos os que projetam os ambientes, no entanto existe ainda, por parte destes profissionais, pouca sensibilidade ou mesmo desconhecimento das necessidades das pessoas diferentes, mas que têm os mesmos direitos.

O Desenho Universal (Mace, 1970) é um grande avanço, contudo ainda não é suficiente pelas diferenciações que podem ocorrer nas condições da pessoa que advêm de diferentes deficiências.

Por fim, como contributo para a Enfermagem de Reabilitação, seria fundamental que se desenvolvessem mais estudos e publicações no âmbito desta temática.

CONCLUSÃO

Uma sociedade inclusiva é uma sociedade que permite a igualdade de oportunidades para qualquer cidadão.

O mote impulsionador da investigação em causa derivou da curiosidade de compreender como é que a legislação portuguesa atua em termos de acessibilidade da via pública. Isto, porque a acessibilidade influencia o *modus operandi* da população, mais concretamente das pessoas com mobilidade condicionada.

Circular livremente está intimamente relacionado com a independência e o papel social que cada um de nós pode assumir na sociedade em que está inserido, mediante o exercício dos direitos que podemos assumir.

O Decreto-Lei n.º163/2006 havia estipulado que em fevereiro de 2017 terminaria o prazo máximo de 10 anos para que se adaptassem, de acordo com as normas do mesmo Decreto, as instalações, edifícios, estabelecimentos, equipamentos públicos e de utilização pública e via pública, com início anterior a 22 de agosto de 1997 e de cinco anos para construções posteriores à mesma data.

Em outubro de 2017 foi publicada uma nova alteração ao Decreto-Lei, onde constava a criação de uma Comissão para a Promoção das Acessibilidades, com o objetivo de realizar o diagnóstico da situação atual das acessibilidades nos edifícios, instalações e espaços da administração central, local e institutos públicos que revistam a natureza de serviços personalizados e de fundos públicos.

Neste contexto, como visto anteriormente, cada área governativa teria o prazo máximo de seis meses, a contar da data de publicação (outubro de 2017), para comunicar a constituição da Comissão. No entanto, apesar da legislação em vigor e de todas as políticas de acessibilidade que têm vindo a ser produzidas, é inegável que continuam a subsistir muitas barreiras arquitetónicas na via pública e no edificado.

No sentido de tentar compreender esta realidade, teve-se como objetivos da investigação analisar as condições da acessibilidade na via pública e perceber até que ponto os ambientes externos ao edificado contribuem para a inclusão social das pessoas com mobilidade condicionada. Concluiu-se, assim, que do total dos percursos observados, estes

apresentam inúmeras barreiras arquitetónicas, funcionando como condições dificultadoras à mobilidade.

Só o facto de praticamente um quarto dos percursos pedonais (14 dos 62) não permitirem o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas é por si só inibidor da participação social, tendo ainda em conta que as ruas analisadas são ruas estratégicas e vias principais da cidade.

Neste prisma, a análise dos resultados da presente investigação vem provar que o cumprimento do Decreto-Lei n.º163/2006 ainda se encontra muito longe do cumprimento das necessidades emergentes tanto da via pública como das pessoas com mobilidade condicionada.

O não cumprimento da legislação encerra em si um factor discriminatório, essencialmente para as pessoas com mobilidade condicionada, mas também para a população em geral, ao não permitir a segurança da mesma. Este incumprimento foi demonstrado por esta investigação, ao apresentar elevadas percentagens de barreiras arquitetónicas, definindo as dimensões das vias públicas como não acessíveis.

É de realçar que a utilização de uma metodologia quantitativa foi crucial na obtenção dos dados e uma compreensão mais fácil da sua análise.

Outro dos objetivos desta dissertação prendia-se com a compreensão do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação como contributo para melhorar a acessibilidade das pessoas com mobilidade condicionada na via pública. Tornou-se perceptível que, perante a falta de acessibilidade na via pública, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação torna-se um elemento fundamental ao dotar a pessoa de ferramentas que lhes permitam circular o mais independentemente possível, mas também na fomentação das relações com elementos autárquicos, com o propósito de sensibilizar os mesmos para esta problemática.

No entanto, na área da acessibilidade e mobilidade, seria aliciante ver mais trabalhos publicados por parte dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, para entender melhor como é que este profissional atua nesta área de intervenção e ainda demonstrar uma melhor compreensão por parte desta disciplina do conhecimento no que concerne à construção de uma sociedade mais inclusiva.

É de realçar que o tamanho da amostra é representativo apenas de uma Autarquia, nomeadamente a Câmara Municipal de Famalicão, o que por si só não permite generalizar

os resultados, sendo que para isso será necessário proceder a mais estudos de outros municípios.

Apesar disso, o presente estudo poderá contribuir para demonstrar a problemática das barreiras arquitetónicas, ou seja, como elas existem e em que medidas afetam a população.

Sobre a evidência de outros estudos relacionados com esta temática, em Portugal são muito poucas. Assim, seria interessante replicar o presente estudo noutras Autarquias como forma de se obter uma maior amostragem e assim compreender com maior profundidade como funcionam as políticas de acessibilidade no nosso país e de que forma o edificado e as vias públicas existem na comunidade.

Acerca das dificuldades sentidas para esta investigação, após a resolução da colheita de dados e posterior análise, seria mais prudente optar apenas pelas classificações “Não Acessível” ou “Acessível Sem Dificuldade”, verificando-se assim o cumprimento correto da Legislação ou o não cumprimento. Caso não fosse possível avaliar a dimensão em causa, recorrer-se-ia ao indicador “Não Aplicável”, contudo estamos convictos que a pesquisa desenvolvida terá um contributo social a nível local e para o desenvolvimento da Enfermagem de Reabilitação.

Em suma, é ainda o longo o caminho a percorrer para que a sociedade se torne uma sociedade inclusiva e igualitária, sendo fundamental o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação como um elo de ligação entre a pessoa e a identificação e abolição das barreiras arquitetónicas seu contexto real de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ❖ AGUIAR, F.O. (2010). *Acessibilidade Relativa dos Espaços Urbanos para Pedestres com Restrições de Mobilidade*. Escola de Engenharia de São Carlos da Universidade de São Paulo, São Carlos. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/18/18144/tde-21042010-193924/pt-br.php>;
- ❖ ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P. DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA (2008). Apontamentos de Interpretação Decreto-Lei 163/2006, de 8/8.
- ❖ ALVES, C. M. C. P. (2015). A intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na atividade básica de vida diária vestuário a pessoa com alteração da mobilidade decorrente de Acidente vascular cerebral. Instituto Politécnico de Santarém Escola Superior de Saúde de Santarém. Santarém. Disponível em: <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1261/1/A%20interven%C3%A7%C3%A3o%20do%20enfermeiro....pdf>;
- ❖ AMARAL, Maria Fernanda; VICENTE, Maria Odete – Grau de independência nos idosos. Nursing. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 158. Ano 13 (Set. 2001); p. 8-12;
- ❖ AMNISTIA INTERNACIONAL PORTUGUESA. (2002). *Direitos Humanos Aqui e Agora*. Disponível em: https://www.amnistia.pt/_static_/www.amnistia.pt/files/documentacao/DH_Aqui_e_Agora.pdf;
- ❖ APOLO, A.P.V.V. (2010). *Análise da Mobilidade de Pessoas com Deficiência – Estudo de Caso*. Instituto Superior de Engenharia de Lisboa, Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.21/245>;
- ❖ ARISTÓTELES (2006). *A POLÍTICA*. Martin-Claret. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/anthist/marcos/hdh_aristoteles_a_politica.pdf;
- ❖ ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Diário da República n.º 194/2004, Série I-A de 2004-08-18. Disponível em <https://data.dre.pt/eli/lei/38/2004/08/18/p/dre/pt/html>;
- ❖ AUGUSTIN, I. (2012). Modelos de Deficiência e suas Implicações na Educação Inclusiva. IX ANPED SUL Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul. Disponível em:

<http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/173/181>;

- ❖ BARATA, A.C.F. (2013). *Avaliação do Estado Funcional em Pais Primíparos e Pais Múltiparos às 6-8 semanas*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/?url=vR1hDC9D>;
- ❖ BONNEL, R. (2004). *Poverty Reductions Strategies: their importance for disability*. Centre for International Rehabilitation;
- ❖ BORDALO, Ana. Urbanismo e inclusão - a perspetiva da acessibilidade e mobilidade para todos. Malha Urbana. 2012. Disponível em: [http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/2990/2192.pdf?sequence=](http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/2990/2192.pdf?sequence=;);
- ❖ CÂMARA MUNICIPAL DE ALENQUER – Plano de Desenvolvimento Social do Concelho de Alenquer 2015. Disponível em: http://www.cm-alenquer.pt/_uploads/Plano_acao_2015.pdf;
- ❖ CÂMARA MUNICIPAL DE VILA NOVA DE FAMALICÃO – Famalicão, o seu lugar (2019). Disponível em https://www.vilanovadefamaliao.org/_populacao;
- ❖ CARVALHO, ZM Figueiredo., FONTENELE MORAES, P de O., AGOSTINHO ROLIM, G., DE ALMEIDA, PC. A acessibilidade em cadeira de rodas nas clínicas e consultórios de neurologia e neurocirurgia de Fortaleza - Brasil. *Enfermería Global*. 14, 2008;
- ❖ CENTRO DE INFORMAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS EM PORTUGAL - Declaração Universal dos Direitos do Homem. Disponível em: <https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2018/01/Declaracao-Universal-dos-Direitos-Humanos.pdf>;
- ❖ CIPE versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de enfermagem. s.l.: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN 978-92-95094-35-2;
- ❖ COELHO, S.M.S., MENDES, I.M.D.M. Da Pesquisa à Prática de Enfermagem aplicando o Modelo de Adaptação de Roy. *Esc Anna Nery* (impr.)2011 out-dez; 15 (4):845-850. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a26v15n4.pdf>;
- ❖ COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS. *Comunicação da Comissão sobre Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência – Uma Nova Estratégia para a Comunidade Europeia*. (1996). Disponível em: http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/disable/com406/406-pt.pdf;
- ❖ COMISSÃO EUROPEIA (2018). *Cidade Acessível (Prémio 2018)*. ISBN 978-92-79-80823-4. Disponível em: <http://www.adcoesao.pt/sites/default/files/noticias/premiocidadeacessivel.pdf>;
- ❖ Constituição da República Portuguesa. [Online] 2005. <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>;

- ❖ Cordeiro, M. (2013). Relatório de Trabalho de Projeto: Uso de Equipamento de Proteção Individual e suas Repercussões no Cuidar em Enfermagem no Serviço de Urgência;
- ❖ COSTA, Alfredo Bruto da. Pobreza e Desigualdade no século do desperdício – Conferência. In: Conferência Internacional de Bem - Estar Social, 32, 2006, Brasília – Brasil. Palestra. Brasília: ICSW/CBCISS, 2006. Disponível em: <http://www.icsw32finalreport.com/portug/conferencia.htm>;
- ❖ CRESWELL, J.W. (2010). Projeto De Pesquisa: Métodos Qualitativo, Quantitativo E Misto; 3 Ed. – Porto Alegre: Artmed, 296 Páginas, 2010;
- ❖ DECO PROTESTE (2017). *Pessoas com mobilidade reduzida enfrentam barreiras*. Disponível em: <https://www.deco.proteste.pt/familia-consumo/orcamento-familiar/noticias/pessoas-com-mobilidade-reduzida-enfrentam-barreiras>;
- ❖ DECRETO-LEI n.º 123/97. D.R. I Série.No118 (1997-05-22). pp. 2540-2544;
- ❖ DECRETO-LEI n.º 125/2017. D.R. I Série. No 192 (2017-10-04).pp. 5592-5594;
- ❖ DECRETO-LEI n.º 163/2006. D.R. I Série. No 152 (2006-08-08). pp. 5670-5689;
- ❖ DECRETO-LEI n.º28/2008. D.R. I Série. No 38 (2008-02-22). pp.1182-1189;
- ❖ DECRETO-LEI n.º75/2013. D.R. I Série. No 176 (2013-09-12). pp. 5688-5724;
- ❖ DECRETO-LEI 43777 de 3 de julho de 1961. Diário do Governo n.º 152/1961, Série I de 1961-07-03. 1961;
- ❖ DECRETO DO PRESIDENTE DA REPÚBLICA n.º90-A/2017. Diário da República, 1.ª série—N.º 192—4 de outubro de 2017 pp. 5592-5594;
- ❖ FALORCA, J. e Gonçalves, S., *Projetar e construir com acessibilidade*, Coimbra: Jorge Falorca, 2008, p.50;
- ❖ FERNANDES, António Teixeira. *Poder Autárquico e Poder Regional*. (1997) Porto : Brasília Editora. 7. 972-556-166-5:
- ❖ FERNANDES, T. (2014). *Conformidade do espaço urbano para pessoas com mobilidade reduzida*. Universidade do Minho – Escola de Engenharia, Minho. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/36430>;
- ❖ FERREIRA, D.I.R. (2011). *Indicadores de Acessibilidade. Contributos para a Síntese de Conhecimento*. Documento de Trabalho n.º5/2011. Divisão de Informação e Comunicação. Lisboa. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/295861399_Indicadores_de_acessibilidade_Contributos_para_a_sintese_de_conhecimento;
- ❖ FERREIRA, M.M.R.S.D. (2008). *Estratégias de Promoção da Autonomia dos Enfermeiros Chefes aos Enfermeiros*. Universidade do Porto - Instituto de Ciências

Biomédicas Abel Salazar, Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7252>;

- ❖ FONSECA, C., COROADO, R., PISSARRO, M. (2017). A importância do Modelo das Atividades de Vida de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison. *Journal of Aging & Innovation*, 6 (3): 96 – 102. Disponível em: <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/10-Nancy-Roper.pdf>;
- ❖ FORTIN, Marie-fabienne; CÔTÉ, José; FILION, Françoise. Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta, 2006;
- ❖ GABINETE DA SECRETÁRIA DE ESTADO ADJUNTA E DA REABILITAÇÃO, SECRETARIADO NACIONAL PARA A REABILITAÇÃO E INTEGRAÇÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. (2006). 1º Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade. Lisboa: Grafispasmos. Disponível em: <http://www.inr.pt/download.php?filename=I+Plano+de+Ac%26ccedil%3B%26atilde%3Bo+para+a+Integra%26ccedil%3B%26atilde%3Bo+das+Pessoas+com+Defici%26e+circ%3Bncias+ou+Incapacidades&file=%2Fuploads%2Fdocs%2Fprogramaseprojectos%2Fpaipdi%2FPAIPDIdesenv.pdf>;
- ❖ GOUVEIA, P., MENDES, D., & SIMÕES, J. (2010). Turismo Acessível em Portugal. Lei, Oportunidades económicas, informação. Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P.;
- ❖ HARRIS, A.; ENFIELD, S. (2003). *Disability, Equality, and Human Rights: A Training Manual for Development and Humanitarian Organisations*. UK;
- ❖ HOEMAN, Shirley [et al.] – Enfermagem de Reabilitação: Processo e aplicação. 2ªed. Loures: Lusociência, 2000. 787 p. ISBN 972-8383-13-4;
- ❖ HOUAISS, A; VILLAR, M. de S.; FRANCO, F. M. de. DICIONÁRIO HOUAISS DA LÍNGUA PORTUGUESA. Objetiva, Rio de Janeiro, 2001;
- ❖ INÁCIO, I.F., CARDOSO, R.C.S., NUNES, L.G.N. (2008). A Relevância da Ação da Enfermagem na Inclusão Social dos Portadores de Paralisia Cerebral. *Rev. Edu., Meio Amb. e Saúde* 2008; 3(1):179-190. Disponível em: [http://www.faculadedefuturo.edu.br/revista/2008/pdfs/REMAS3\(1\)177a188.pdf](http://www.faculadedefuturo.edu.br/revista/2008/pdfs/REMAS3(1)177a188.pdf);
- ❖ INE. Censos 2011 Relatório de Avaliação Final. (2013);
- ❖ INE. Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal. Lisboa - Portugal: Instituto Nacional de Estatística, 2012. 978-989-25-0181-9;
- ❖ INR. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – Articulado da Convenção. Disponível em: <http://ajudas.pt/notVer.asp?ID=2822>;

- ❖ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, Censos 2011. Destaque – Informação à Comunicação Social (2012). Disponível em: [file:///Users/anaisabel/Downloads/20Censos2011_res_definitivos%20\(3\).pdf](file:///Users/anaisabel/Downloads/20Censos2011_res_definitivos%20(3).pdf);
- ❖ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, Censos 2011. Resultados Definitivos – Portugal. [consult. 10 nov. 2017]. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=156638623&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554;
- ❖ JARDIM, M.P.R.P (2014). *Condições de acessibilidade no espaço público - O caso do centro histórico da cidade do Funchal*. Técnico de Lisboa, Lisboa. Disponível em: <https://fenix.tecnico.ulisboa.pt/downloadFile/395146462803/Dissertacao.pdf>;
- ❖ KNEIB, E.C. Projeto e Cidade – Mobilidade e Acessibilidade em Goiânia. Universidade Federal de Goiás. Disponível em: <https://books.google.pt/books?id=bk1FDQAAQBAJ&pg=PA49&lpg=PA49&dq=mobilidade+etimologia&source=bl&ots=hnMzOrKWqb&sig=7T8jGZCBOw7xc0SX1geIVXtdiLU&hl=pt-PT&sa=X&ved=2ahUKEwipy9PLgffdAhUmK8AKHfOODdUQ6AEwCXoECAEQAAQ#v=onepage&q=mobilidade%20etimologia&f=false>;
- ❖ LIMA, A. M. N. (2014). A reabilitação e a independência funcional do doente sujeito a imobilidade;
- ❖ MARQUES-VIEIRA, C.M.A., SOUSA, L.M.M.S., SOUSA, L.M.R., BERENGER, M.A.C. (2016). *O Diagnóstico de Enfermagem 'Andar Comprometido' nos Idosos: Revisão Sistemática da Literatura*. Texto Contexto Enferm, 2016; 25(3):e3350015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016003350015>;
- ❖ MARTINS, José de Souza. A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais. São Paulo: Editora Vozes, 2002.
- ❖ MEDEIROS, L.P. et al. (2015). Modelo de Adaptação de Roy: revisão integrativa dos estudos realizados à luz da teoria. Rev Rene. 2015 jan-fev; 16(1):132-40. Disponível em: DOI: 10.15253/2175-6783.2015000100017;
- ❖ MONTEIRO, A.K.C., COSTA, C.P.V.C., CAMPOS, M.O.B., MONTEIRO, A.K.C. Aplicabilidade da Teoria de Callista Roy no Cuidado de Enfermagem ao Estomizado. Rev Enferm Atenção Saúde [Online]. Jan/Jul 2016; 5(1):84-92 ISSN 2317-1154. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/viewFile/1625/pdf>;

- ❖ MOTA, L.O. (2007). *Envelhecimento e Inclusão Social: O Projeto Agente Experiente*. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://doi.org/10.17771/PUCRio.acad.11420>;
- ❖ MUNICÍPIO DE PENICHE. Transportes. Plano Local de Promoção da Acessibilidade do Município de Peniche. Fase I - Levantamento e Diagnóstico Volume II. Disponível em: http://www.cm-peniche.pt/_uploads/PDF_Mobilidades/PLPA/Transportes.pdf;
- ❖ NEIVA, M.M.A. (2012). O Município na Lei Autárquica: Organização e Funcionamento. Universidade do Minho – Escola de Direito. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/22885/1/Mateus%20Manuel%20Arezes%20Neiva.pdf>;
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro)*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>;
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem na Reabilitação*. Documento aprovado em reunião ordinária de 29 de dezembro de 2014 da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de reabilitação Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assamblea/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf;
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS - Guia Orientador de Boas Práticas - Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação (2013). Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/consulte-o-guia-orientador-dedicado-aos-cuidados-%C3%A0-pessoa-com-altera%C3%A7%C3%B5es-da-mobilidade-dispon%C3%ADvel-na-%C3%A1rea-das-publica%C3%A7%C3%B5es/>;
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). História da Enfermagem de Reabilitação. Rev. OEn9;
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2006). Investigação em Enfermagem – Tomada de Posição. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf;
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrão Documental Dos Cuidados De Enfermagem Da Especialidade De Enfermagem De Reabilitação - Aprovado Por Maioria, Com

Alterações, Na Assembleia Do Colégio Da Especialidade De Enfermagem De Reabilitação, Em 24 De Janeiro De 2015, Na Cidade Do Porto. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/PadraoDocumental_EER.pdf;

- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS - Percurso E Programa Formativo Para A Especialidade De Enfermagem De Reabilitação Aprovado Por Maioria, Com Alterações, Na Assembleia Do Colégio Da Especialidade De Enfermagem De Reabilitação, Em 24 De Janeiro De 2015, Na Cidade Do Porto. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Percurso_Programa_Formativo_EER.pdf;
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Documento aprovado em Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%Aancias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>;
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Documento aprovado por unanimidade em Assembleia Geral Extraordinária de 20 de novembro de 2010. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%Aancias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>;
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei no 104/98 de 21 de Abril)* (2015). Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf;
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS – Parecer n.º11/2014 (consulta de enfermagem no âmbito de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação). Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEER_Parecer_11_2014_Consulta_de_Enfermagem_no_ambito_de_cuidados_especializados_em_enfermagem_de_reabilitacao.pdf;
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação* – Regulamento aprovado na

Assembleia Geral Extraordinária de 22 de Outubro de 2011; [consult. 18 out. 2017].
Disponível em:

<<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceereabilitacao.pdf>>;

- ❖ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - LEITÃO, A. (2004). *CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf;
- ❖ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, GOVERNO DO ESTADO SÃO PAULO. (2011). Relatório Mundial sobre a Deficiência. ISBN 978-85-64047-02-0. Disponível em: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9788564047020_por.pdf;
- ❖ PAIPDI - Diário da República, 1.ª série — N.º 183 — 21 de Setembro de 2006, pp. 6955-6964. Disponível em: <http://www.inr.pt/content/1/26/paipdi>;
- ❖ PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; ARAGAO, Antônia Eliana de Araújo e ALMEIDA, Paulo César. *Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetónicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará*. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2007, vol.41, n.4, pp.581-588. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400007&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000400007>;
- ❖ PAGLIUCA, L.M.F., VASCONCELOS, L.R. (2006). Mapeamento da Acessibilidade do Portador de Limitação Física a Serviços Básicos De Saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, vol. 10, num. 3, diciembre, pp.494-500. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715308019>;
- ❖ PEREIRA, R. (2018). *“Autarquias Inclusivas? O/a enfermeiro/a de Reabilitação na Eliminação de barreiras Arquitetónicas”*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23040/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20DEFINITIVA.pdf>;
- ❖ PESSEGUEIRO, Mário. *Projetar para todos*. Porto: Vida Económica, 2014. 978-972-788-958-7;
- ❖ PINTO S., PIRES M. R. (2015). *Acessibilidade escolar: o caso da Escola Secundária Pinheiro e Rosa em Faro*. Instituto Politécnico de Leiria. Leiria. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.1/10107>;
- ❖ PORTUGAL. Constituição da República Portuguesa. [consult. 18 out. 2017]. Disponível em:

<http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.aspx>;

- ❖ PROVIDOR DE JUSTIÇA (2012). Relatório Pessoas com Deficiência e Com Mobilidade Condicionada: Condições de Acessibilidade do Metropolitano de Lisboa. Disponível em: http://www.provedor-jus.pt/archive/doc/Relatorio_Metro.pdf;
- ❖ RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA N.º 956/2009 aprova a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adoptada em Nova Iorque em 30 de Março de 2007. Diário da República. 1ª série - No 146 - 30 de Julho de 2009. pp. 4929-4933;
- ❖ RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS N.º9/2007, de 17 de janeiro. *Plano Nacional de Promoção da Acessibilidade*. Diário da República, 1ª série — N.º 12 — 17 de Janeiro de 2007;
- ❖ RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS N.º 120/2006. *I Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidades*. D.R. Série I. Nº 183 (2006-09-21). pp. 6954- 6964;
- ❖ RIBEIRO, J. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Placebo, Editora Lda;
- ❖ RODRIGUES, D.P., PAGLIUCA, L.M.F., SILVA, R.M. (2004). Modelo de Roy na Enfermagem Obstétrica: análise sob a óptica de Meleis. Rodrigues DP, Pagliuca LMF, Silva RM. Modelo de Roy na enfermagem obstétrica: análise sob a óptica de Meleis. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2004 ago;25(2):165-75. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4503/2440>;
- ❖ Roper, N., Logan, W. Et Tierney, A. (2000). *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi Editores;
- ❖ SASSAKI, Romeu Kazumi. Inclusão: acessibilidade no lazer, trabalho e educação. Revista Nacional de Reabilitação (Reação), São Paulo, Ano XII, mar./abr. 2009, p. 10-16. Disponível em: https://acessibilidade.ufg.br/up/211/o/SASSAKI_-_Acessibilidade.pdf?1473203319;
- ❖ SILVA, André H. da; LUCENA, Alan C. de; FERNANDES, Daniela M.; VARANDAS, Glauçia; CUETO, Maria I. A. (2008). *Acessibilidade: Mobilidade acessível na cidade de São Paulo*. São Paulo: CPA (Comissão permanente de acessibilidade), Secretaria da pessoa com deficiência e mobilidade reduzida, 2008. 206p. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/aa_ppdeficiencia/aa_ppd_diversos/acessibilidade_sp.pdf;

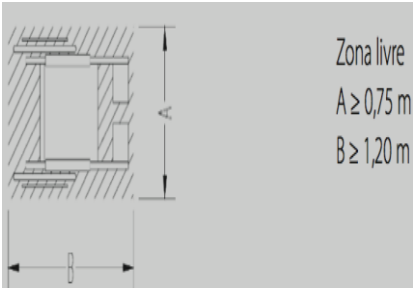
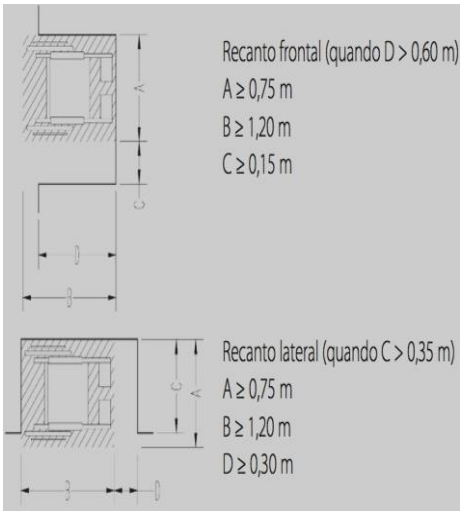
- ❖ SILVA, R.F.L.G.C. (2012). *Espaços Verdes Humanos*. Universidade Católica Portuguesa, Viseu. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10588/1/TRABALHO%20FINAL%20DE%20PROJECTO%20RAFAELA.pdf>;
- ❖ SILVA, T. (2017). *Inclusão e exclusão de deficientes na sociedade*. Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/inclusao-e-exclusao-de-deficientes-na-sociedade/8301>;
- ❖ SIMÃO, J.M.P. (2012). *Mobilidade e acessibilidade no centro de Cascais*. Universidade Lusíada de Lisboa, Lisboa. Disponível em: http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/2235/1/mia_jorge_simao_dissertacao.pdf;
- ❖ SIMÕES, Jorge Falcato e BISPO, Renato. Design inclusivo - Acessibilidade e usabilidade em produtos, serviços e ambientes. Design includes you. Disponível em: <http://designincludesyou.org/wpcontent/uploads/2012/04/DesigInclusivoVol1.pdf>. 972-9445-33-8;
- ❖ SIMÕES, J., BISPO, R., Design Inclusivo: Acessibilidade e Usabilidade em Produtos, Serviços e Ambientes, Lisboa: Centro Português de Design, 2006, p.16;
- ❖ SIMÕES, J.M., COSTA, E.M., ROCHA, J., ABRANTES P., GUIMARÃES, P. (2015/2016). *Acessibilidade ao campus da cidade universitária da universidade de Lisboa, pela comunidade académica com mobilidade condicionada: Avaliação e proposta de melhoria*. Seminário em Planeamento e Gestão. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Yaroslava_Kholosha/publication/309187332_ACESSIBILIDADE_AO_CAMPUS_DA_CIDADE_UNIVERSITARIA_DA_UNIVERSIDADE_DE_LISBOA_PELA_COMUNIDADE_ACADEMICA_COM_MOBILIDADE_CONDICIONADA_A_AVALIACAO_E_PROPOSTA_DE_MELHORIA/links/58038cbb08ae1c5148d0861a/ACESSIBILIDADE-AO-CAMPUS-DA-CIDADE-UNIVERSITARIA-DA-UNIVERSIDADE-DE-LISBOA-PELA-COMUNIDADE-ACADEMICA-COM-MOBILIDADE-CONDICIONADA-AVALIACAO-E-PROPOSTA-DE-MELHORIA.pdf;
- ❖ SOUSA, V.D., DRIESSNACK, M., MENDES, I.A.C. (2007). *Revisão dos Desenhos de Pesquisa Relevantes para Enfermagem. Parte 1: Desenhos De Pesquisa Quantitativa*. Rev Latino-am Enfermagem 2007 maio-junho; 15(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a22.pdf;
- ❖ SOUZA, A.,L., MANCUSSI, FARO. (2011). História da reabilitação no Brasil, no mundo e o papel da enfermagem neste contexto: reflexões e tendências com base na

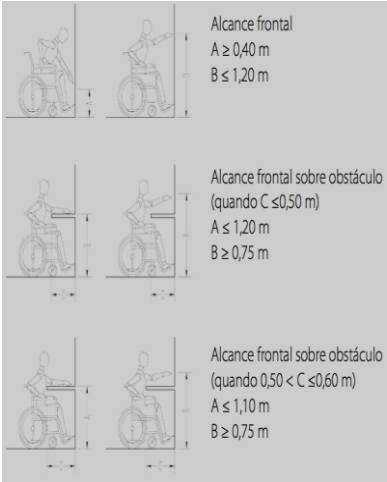
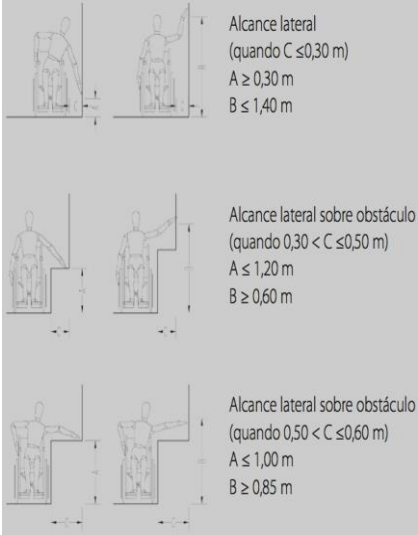
- revisão de literatura. *Enfermería Global*, n.º24 outubro 2011. ISSN 1695-6141. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n24/pt_revision4.pdf;
- ❖ TEIXEIRA, D. (2010). Igualdade de Oportunidades: Um Olhar Sobre as Barreiras Arquitetónicas à Acessibilidade. Universidade Técnica de Lisboa - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.5/3018>;
 - ❖ TELES, P. (2017). Acessibilidade Universal Na Qualificação Social E Física Das Cidades Das Cidades E Vilas Com Mobilidade Para Todos Ao Portugal 2020. Disponível em: http://mobilidadept.com/_upl/files/paula-teles-omnia-170523130255.pdf;
 - ❖ TELES, P. (2007). Guia de Mobilidade e Acessibilidade para Todos. Disponível em: <http://www.inr.pt/uploads/docs/acessibilidade/GuiaAcessEmobi.pdf>;
 - ❖ TELES, P. *Loures Acessível - Manual de Orientações Técnicas Acessibilidade e Mobilidade*. (2014). ISBN 978-972-9142-49-9. Disponível em: http://loures.bloco.org/sites/default/files/manual_tecnico_acessibilidade_e_mobilidade.pdf;
 - ❖ TOMEY, Ann M. ; ALLIGOOD, Martha R. - Teóricas de Enfermagem e a sua obra. 2ª ed. Madrid: Interamericana, 1987. 370 p. ISBN 972-8383-74-6;
 - ❖ VALERI (2006). *Brasil Acessível – Programa Brasileiro de Acessibilidade Urbana*. Dezembro/2006 - 1ª edição - Brasília/DF Tel.: (61) 2108-1692. Disponível em: <http://www.cidades.gov.br/images/stories/ArquivosSEMOB/Biblioteca/BrasilAcessivelCaderno02.pdf>;
 - ❖ VENTURA, E.F., CUSTÓDIO, L.C., LIMA, R.M., OLIVEIRA, M.R., RODRIGUES, J.L.K. (2013). Inclusão de Portadores de Necessidades Especiais no Mercado de Trabalho. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2012/anais/arquivos/0934_0957_01.pdf;
 - ❖ World Health Organization. (2001). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/42418>;
 - ❖ YOUTH FOR HUMANS RIGHTS. (2012-2019). Declaração Universal dos Direitos do Homem das Nações Unidas. Disponível em: <http://www.juventudeparaosdireitoshumanos.pt/what-are-human-rights/universal-declaration-of-human-rights/articles-1-15.html>.

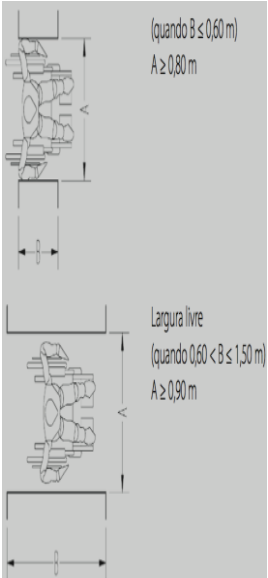
ANEXOS

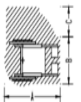



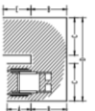
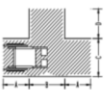
Anexo I - Percursos Pedonais (Categorizações)

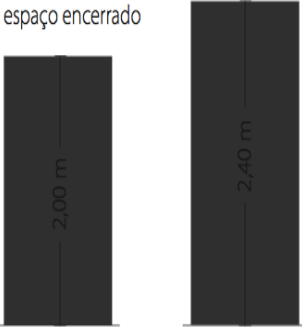
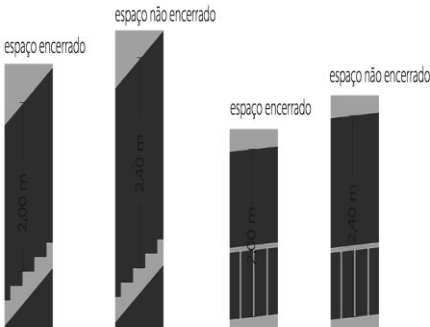
A) Percursos pedonais

		Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Zona de Permanência	Zona livre	A zona livre para o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas possui dimensões inferiores às estipuladas.			<p>A zona livre para o acesso e a permanência de uma pessoa em cadeira de rodas tem as seguintes dimensões:</p>  <p>Zona livre $A \geq 0,75 \text{ m}$ $B \geq 1,20 \text{ m}$</p>	
	Obstrução de um ou mais lados	<p>Zona de permanência: a zona livre não tem um lado totalmente desobstruído contíguo ou sobreposto a um percurso acessível.</p> <p>Exceção: se a zona livre estiver situada num recanto que confina a totalidade ou parte de três dos seus lados numa extensão superior ao indicado, não existe um espaço de manobra adicional conforme as medições estipuladas.</p>			<p>Zona de permanência: a zona livre tem um lado totalmente desobstruído contíguo ou sobreposto a um percurso acessível.</p> <p>Exceção: se a zona livre estiver situada num recanto que confina a totalidade ou parte de três dos seus lados numa extensão superior ao indicado, existe um espaço de manobra adicional conforme definido em seguida:</p>  <p>Recanto frontal (quando $D > 0,60 \text{ m}$) $A \geq 0,75 \text{ m}$ $B \geq 1,20 \text{ m}$ $C \geq 0,15 \text{ m}$</p> <p>Recanto lateral (quando $C > 0,35 \text{ m}$) $A \geq 0,75 \text{ m}$ $B \geq 1,20 \text{ m}$ $D \geq 0,30 \text{ m}$</p>	

		Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Alcance	Aproximação frontal	Se a zona livre permitir a aproximação frontal, os objetos ao alcance de uma pessoa em cadeira de rodas não se situam dentro dos intervalos definidos.			<p>Se a zona livre permitir a aproximação frontal, os objetos ao alcance de uma pessoa em cadeira de rodas situam-se dentro dos intervalos definidos em seguida:</p>  <p>Alcance frontal $A \geq 0,40 \text{ m}$ $B \leq 1,20 \text{ m}$</p> <p>Alcance frontal sobre obstáculo (quando $C \leq 0,50 \text{ m}$) $A \leq 1,20 \text{ m}$ $B \geq 0,75 \text{ m}$</p> <p>Alcance frontal sobre obstáculo (quando $0,50 < C \leq 0,60 \text{ m}$) $A \leq 1,10 \text{ m}$ $B \geq 0,75 \text{ m}$</p>	
	Aproximação lateral	Se a zona livre permitir a aproximação lateral, os objetos ao alcance de uma pessoa em cadeira de rodas não se situam dentro dos intervalos definidos.			<p>Se a zona livre permitir a aproximação lateral, os objetos ao alcance de uma pessoa em cadeira de rodas situam-se dentro dos intervalos definidos em seguida:</p>  <p>Alcance lateral (quando $C \leq 0,30 \text{ m}$) $A \geq 0,30 \text{ m}$ $B \leq 1,40 \text{ m}$</p> <p>Alcance lateral sobre obstáculo (quando $0,30 < C \leq 0,50 \text{ m}$) $A \leq 1,20 \text{ m}$ $B \geq 0,60 \text{ m}$</p> <p>Alcance lateral sobre obstáculo (quando $0,50 < C \leq 0,60 \text{ m}$) $A \leq 1,00 \text{ m}$ $B \geq 0,85 \text{ m}$</p>	

	Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Largura Livre	O percurso pedonal não tem em todo o seu desenvolvimento um canal de circulação contínuo e desimpedido de obstruções, tendo uma largura inferior a 1,2m, medida ao nível do pavimento.	Sempre que existam obstruções (mobiliário urbano, árvores, placas de sinalização, bocas-de-incêndio, caleiras sobrelevadas, caixas de eletricidade, papeleiras ou outros elementos que bloqueiem ou prejudiquem a progressão das pessoas), uma terceira pessoa seja capaz de auxiliar.		O percurso pedonal tem em todo o seu desenvolvimento um canal de circulação contínuo e desimpedido de obstruções com uma largura igual ou superior a 1,2m, medida ao nível do pavimento.	
				<p>Exceção: Podem existir troços dos percursos pedonais com uma largura livre inferior a 1,2m, se tiverem dimensões que satisfaçam o definido em seguida:</p>  <p>(quando $B \leq 0,60 \text{ m}$) $A \geq 0,80 \text{ m}$</p> <p>Largura livre (quando $0,60 < B \leq 1,50 \text{ m}$) $A \geq 0,90 \text{ m}$</p>	

		Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Zonas de Manobra	sem deslocamento	Não existe zona de mudança de direção.			<p>Se nos percursos pedonais forem necessárias mudanças de direção de uma pessoa em cadeira de rodas sem deslocamento, tem dimensões que satisfaçam o definido em seguida:</p> <div><div><div>Rotação de 90°</div><div></div><div><div>A</div><div>≥</div><div>1,20 m</div></div><div><div>B</div><div>≥</div><div>0,75 m</div></div><div><div>C</div><div>≥</div><div>0,45 m</div></div></div><div><div>Rotação de 180°</div><div></div><div><div>A</div><div>≥</div><div>1,50 m</div></div><div><div>B</div><div>≥</div><div>1,20 m</div></div></div><div><div>Rotação de 360°</div><div></div><div><div>A</div><div>≥</div><div>1,50 m</div></div></div></div>	
	com deslocamento	Não existe zona de mudança de direção.			<p>Se nos percursos pedonais forem necessárias mudanças de direção de uma pessoa em cadeira de rodas com deslocamento, tem dimensões que satisfaçam o definido em seguida:</p> <div><div><div>Mudança de direcção de 90°</div><div></div><div><div>A</div><div>≅</div><div>0,60 m</div></div><div><div>B</div><div>≅</div><div>0,90 m</div></div><div><div>C</div><div>≅</div><div>0,90 m</div></div><div><div>D</div><div>≅</div><div>0,70 m</div></div></div><div><div>Mudança de direcção de 180°</div><div></div><div><div>A</div><div>≅</div><div>0,60 m</div></div><div><div>B</div><div>≅</div><div>0,90 m</div></div><div><div>C</div><div>≅</div><div>0,90 m</div></div><div><div>D</div><div>≅</div><div>2,00 m</div></div><div><div>E</div><div>≅</div><div>0,70 m</div></div></div><div><div>Mudança de direcção de 180° em "T"</div><div></div><div><div>A</div><div>≅</div><div>0,60 m</div></div><div><div>B</div><div>≅</div><div>0,90 m</div></div><div><div>C</div><div>≅</div><div>0,90 m</div></div><div><div>D</div><div>≅</div><div>0,60 m</div></div></div></div>	

		Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Altura livre	Obstruções	A altura livre de obstruções em toda a largura dos percursos é inferior a 2m nos espaços encerrados e 2,4m nos espaços não encerrados.			 <p>A altura livre de obstruções em toda a largura dos percursos é igual ou superior a 2m nos espaços encerrados e 2,4m nos espaços não encerrados.</p>	
	Escadas				<p>No caso das escadas, a altura livre deve ser medida verticalmente entre o focinho dos degraus e o teto e, no caso das rampas, a altura livre deve ser medida verticalmente entre o piso da rampa e o teto.</p> 	
	Corrimãos				Os corrimãos ou outros elementos cuja projeção não seja superior a 0,1m podem sobrepor-se lateralmente, de um ou de ambos os lados, à largura livre das faixas de circulação ou aos espaços de manobra dos percursos acessíveis.	
	Área adjacente	Não existe uma barreira para avisar os peões, quando a altura de uma área adjacente ao percurso acessível for inferior a 2m.			Se a altura de uma área adjacente ao percurso acessível for inferior a 2m, existe uma barreira para avisar os peões.	

		Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificulda de (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Objetos salientes	Em paredes	Se existirem objetos salientes das paredes: 1) Projetam-se mais de 0,1m da parede, se o seu limite inferior estiver a uma altura do piso compreendida entre 0,7m e 2m.			Se existirem objetos salientes das paredes: 1) Não se projetam mais de 0,1m da parede, se o seu limite inferior estiver a uma altura do piso compreendida entre 0,7m e 2m; 2) Podem projetar-se a qualquer dimensão, se o seu limite inferior estiver a uma altura do piso não superior a 0,7m.	
	Em pilares / colunas	Se existirem objetos salientes assentes em pilares ou colunas separadas de outros elementos: 1) Projetam-se mais de 0,3 m dos suportes, se o seu limite inferior estiver a uma altura do piso compreendida entre 0,7m e 2m.			Se existirem objetos salientes assentes em pilares ou colunas separadas de outros elementos: 1) Não se projetam mais de 0,3 m dos suportes, se o seu limite inferior estiver a uma altura do piso compreendida entre 0,7m e 2m; 2) Podem projetar-se a qualquer dimensão, se o seu limite inferior estiver a uma altura do piso não superior a 0,7m.	
	Outros objetos				Os objetos salientes que se projetem mais de 0,1 m ou estiverem a uma altura do piso inferior a 0,7 m devem ser considerados ao determinar a largura livre das faixas de circulação ou dos espaços de manobra.	

		Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Pisos e os seus revestimentos	Estado do piso	Os pisos e os seus revestimentos não têm qualquer um dos atributos o que dificulta a deambulação com dispositivos de compensação.	Os pisos e os seus revestimentos têm condições que permitam deambular com ajuda de outra pessoa	Os pisos e os seus revestimentos provocam trepidação nos dispositivos com rodas ou têm irregularidades que não dão estabilidade no uso de canadianas	Os pisos e os seus revestimentos têm uma superfície: <ol style="list-style-type: none"> 1) Estável (não se desloca quando sujeita às ações mecânicas decorrentes do uso normal); 2) Durável (não é desgastável pela ação da chuva ou de lavagens frequentes); 3) Firme (não é deformável quando sujeito às ações mecânicas decorrentes do uso normal); 4) Contínua (não possui juntas com uma profundidade superior a 0,005m); 	
	Reflectância	Os revestimentos dos pisos não têm qualquer um dos atributos.	Os pisos e os seus revestimentos têm apenas 1 dos atributos.	Os pisos e os seus revestimentos têm 2 dos atributos.	Os revestimentos de piso têm superfícies com reflectâncias correspondentes: <ol style="list-style-type: none"> 1) cores nem demasiado claras nem demasiado escuras; 2) Com acabamento não polido; 3) É recomendável que a reflectância média das superfícies dos revestimentos de piso nos espaços encerrados esteja compreendida entre 15% e 40%. 	
	Elementos não fixos	Os revestimentos dos pisos não têm qualquer um dos atributos.	Os pisos e os seus revestimentos têm 2 ou 3 dos atributos.	Os pisos e os seus revestimentos têm 4 dos atributos.	Se forem utilizados tapetes, passadeiras ou alcatifas no revestimento do piso, estes são: <ol style="list-style-type: none"> 1) Fixos; 2) Possuem um avesso firme e uma espessura não superior a 0,015m descontando a parte rígida do suporte; 3) As bordas estão fixas ao piso e possuem uma calha ou outro tipo de fixação em todo o seu comprimento; 4) É assegurado que não existe a possibilidade de enrugamento da superfície; 5) O desnível para o piso adjacente é igual ou superior a 0,005m, pelo que podem ser embutidos no piso. 	
	Espaços no piso	Se existirem grelhas, buracos ou frestas no piso, os espaços permitem a passagem de uma esfera rígida com um			Se existirem grelhas, buracos ou frestas no piso, os espaços não permitem a passagem de uma esfera rígida com um diâmetro superior a 0,02m; Se os espaços tiverem uma forma alongada, devem estar dispostos de modo que a sua dimensão mais longa seja perpendicular à direção dominante da circulação.	

		diâmetro superior a 0,02m.				
	INCLINAÇÃO	Igual direção	Inclinação do piso igual ou superior a 10%.	Inclinação do piso entre 8 e 10%.	Inclinação do piso entre 5 e 7%.	A inclinação dos pisos e dos seus revestimentos é inferior a 5% na direção do percurso, com exceção das rampas.
		Direção transversal	Inclinação do piso igual ou superior a 8%.	Inclinação do piso entre 5 e 8%.	Inclinação do piso entre 3 e 5%.	A inclinação dos pisos e dos seus revestimentos é inferior a 2% na direção transversal ao percurso.
	Revestimento de pisos não encerrados / uso de água	Os revestimentos não têm qualquer um dos atributos.	Os revestimentos têm 2 dos atributos.	Os revestimentos têm 1 dos atributos.	Os revestimentos de piso de espaços não encerrados ou de espaços em que exista o uso de água devem: 1) Garantir boa aderência mesmo na presença de humidade ou água; 2) Ter boas qualidades de drenagem superficial e de secagem; 3) Ter uma inclinação compreendida entre 0,5% e 2% no sentido de escoamento das águas.	

	Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Ressaltos no piso	As mudanças de nível apresentam uma altura superior a 0,05m, sem qualquer tipo de tratamento adequado.	As mudanças de nível apresentam uma altura superior a 0,02m e iguais ou inferiores a 0,05m, sem qualquer tipo de tratamento.	As mudanças de nível inferiores a 0,005m e iguais e inferiores a 0,02m sem qualquer tratamento adequado.	As mudanças de nível abruptas devem ser evitadas (exemplos: ressaltos de soleira, batentes de portas, desníveis no piso, alteração do material de revestimento, degraus, tampas de caixas de inspeção e visita). Se existirem mudanças de nível, devem ter um tratamento adequado à sua altura: 1) com uma altura não superior a 0,005 m, podem ser verticais e sem tratamento do bordo; 2) com uma altura não superior a 0,02 m, podem ser verticais com o bordo boleado ou chanfrado com uma inclinação não superior a 50%; 3) com uma altura superior a 0,02 m, devem ser vencidas por uma rampa ou por um dispositivo mecânico de elevação. Caso não seja possível cumprir o disposto no número anterior em todos os percursos pedonais, deve existir pelo menos um percurso acessível que o satisfaça, assegurando os critérios definidos e distâncias de percurso, medidas segundo o trajeto real no terreno, não superiores ao dobro da distância percorrida pelo trajeto mais direto.	

		Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Elementos vegetais	Caldeiras das árvores	Não são cumpridos nenhuns dos requisitos.	As grelhas de proteção das caldeiras das árvores apresentam uma altura superior a 0,3m.	As caldeiras das árvores cumprem os requisitos, mas as grelhas de revestimento das caldeiras não possuem as características previstas.	1) As caldeiras das árvores existentes nos percursos acessíveis e situadas ao nível do piso devem ser revestidas por grelhas de proteção ou devem estar assinaladas com um separador com uma altura não inferior a 0,3m que permita a sua identificação por pessoas com deficiência visual. 2) As grelhas de revestimento das caldeiras das árvores de percursos acessíveis devem possuir características de resistência mecânica e fixação que inviabilizem a remoção ou a destruição por ações de vandalismo.	
	Espaços no piso	Se existirem grelhas, buracos ou frestas no piso, os espaços permitem a passagem de uma esfera rígida com um diâmetro superior a 0,03m.	Se existirem grelhas, buracos ou frestas no piso, os espaços permitem a passagem de uma esfera rígida com um diâmetro entre 0,02m e 0,03m.		Se existirem grelhas, buracos ou frestas no piso, os espaços não permitem a passagem de uma esfera rígida com um diâmetro superior a 0,02m; Se os espaços tiverem uma forma alongada, devem estar dispostos de modo que a sua dimensão mais longa seja perpendicular à direção dominante da circulação.	
	Áreas adjacentes	As áreas adjacentes não cumprem todas as características.	As áreas adjacentes cumprem 1 ou 2 características.	As áreas adjacentes cumprem 3 características.	Nas áreas adjacentes aos percursos acessíveis não devem ser utilizados elementos vegetais com as seguintes características: 1) com espinhos ou que apresentem elementos contundentes; 2) produtoras de substâncias tóxicas; 3) que desprendam muitas folhas, flores, frutos; 4) substâncias que tornem o piso escorregadio, ou cujas raízes possam danificar o piso.	
	Elementos da vegetação	Os elementos da vegetação interferem com os percursos acessíveis.			Os elementos da vegetação não devem interferir com os percursos acessíveis, satisfazendo para o efeito o especificado nos tópicos Altura Livre e Objetos salientes.	

		Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Sinalização e orientação	Existência de sinalização	Não existe sinalização.			Existe sinalização que identifique e direcione os utentes para entradas/saídas acessíveis, percursos acessíveis, lugares de estacionamento reservados para pessoas com mobilidade condicionada e instalações sanitárias de utilização geral acessíveis. A sinalização também deve indicar um percurso não acessível.	
	Sinalização em obras	Com obras, não é salvaguardada a integridade das pessoas.			Se existirem obras nos percursos acessíveis que prejudiquem as condições de acessibilidade definidas, deve ser salvaguardada a integridade das pessoas pela colocação de barreiras devidamente sinalizadas por avisos, cores contrastantes e iluminação noturna.	
	Legibilidade e da sinalização	A sinalização não cumpre nenhuma das características.	A sinalização cumpre 1 ou 2 características.	A sinalização cumpre 3 características.	Para assegurar a legibilidade a sinalização deve possuir as seguintes características: 1) Estar localizada de modo a ser facilmente vista, lida e entendida por um utente de pé ou sentado; 2) Ter uma superfície antirreflexo; 3) Possuir caracteres e símbolos com cores que contrastem com o fundo; 4) Conter caracteres ou símbolos que proporcionem o adequado entendimento da mensagem.	

	Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Passeios e caminhos de peões	Passeios adjacentes a vias principais e vias distribuidoras com uma largura livre inferior a 0,80m.	Passeios adjacentes a vias principais e vias distribuidoras com uma largura livre superior a 0,80m e inferior a 0,90m.	Passeios adjacentes a vias principais e vias distribuidoras com uma largura livre superior a 0,90m e inferior a 1,5m.	Os passeios adjacentes a vias principais e vias distribuidoras devem ter uma largura livre igual ou superior a 1,5m.	
				Exceção: Os pequenos acessos pedonais no interior de áreas plantadas, cujo comprimento total seja inferior a 7m podem ter uma largura livre igual ou superior a 0,9m.	

B) Escadarias na Via Pública

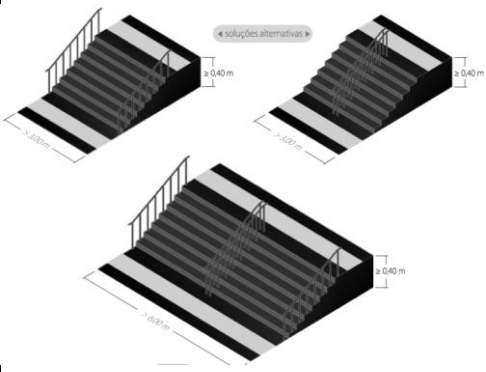
		Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Lanços, Patins Intermédios e Patamares	Largura	A largura dos lanços, patins e patamares das é superior a 1,2m.			A largura dos lanços, patins e patamares das escadas não deve ser inferior a 1,2m.	
	Profundidade	As escadas não possuem patins intermédios com uma profundidade, medida no sentido do movimento, não inferior a 0,7m, quando os desníveis a vencer, medidos na vertical entre o pavimento imediatamente anterior ao primeiro degrau e o cobertor do degrau superior, forem superiores a 2,4m.			As escadas devem possuir patins intermédios com uma profundidade, medida no sentido do movimento, não inferior a 0,7m, se os desníveis a vencer, medidos na vertical entre o pavimento imediatamente anterior ao primeiro degrau e o cobertor do degrau superior, forem superiores a 2,4m.	
Patamares superiores e inferiores		As escadas possuem patamares superiores e inferiores com uma profundidade, medida no sentido do movimento, inferior a 1,2m.			As escadas devem possuir patamares superiores e inferiores com uma profundidade, medida no sentido do movimento, igual ou superior a 1,2m.	

		Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Degraus	Profundidade	Os degraus das escadas apresentam uma profundidade (cobertor) inferior a 0,28m.			Os degraus das escadas devem ter uma profundidade (cobertor) igual ou superior a 0,28m.	
	Espelho	Os degraus das escadas apresentam uma altura (espelho) igual ou superior a 0,18m.			Os degraus das escadas devem ter uma altura (espelho) inferior a 0,18m.	
	Dimensões (cobertor e espelho)	Os degraus das escadas apresentam dimensões do cobertor e do espelho inconstantes ao longo de cada lanço.			Os degraus das escadas devem ter as dimensões do cobertor e do espelho constantes ao longo de cada lanço.	
	Aresta do focinho	Os degraus das escadas apresentam a aresta do focinho boleada com um raio de curvatura inferior a 0,005m e/ou superior a 0,01m.			Os degraus das escadas devem ter a aresta do focinho boleada com um raio de curvatura compreendido entre 0,005m e 0,01m.	
	Faixa antiderrapante e sinalização visual	Os degraus das escadas não apresentam faixas antiderrapantes e de sinalização visual com uma largura igual ou superior a 0,04m e encastradas junto ao focinho dos degraus.			Os degraus das escadas devem ter faixas antiderrapantes e de sinalização visual com uma largura igual ou superior a 0,04m e encastradas junto ao focinho dos degraus.	

	Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Degrau de arranque	O degrau de arranque pode ter dimensões do cobertor e do espelho diferentes das dimensões dos restantes degraus do lanço, se a relação de duas vezes a altura do espelho mais uma vez a profundidade do cobertor se mantiver constante.			O degrau de arranque pode ter dimensões do cobertor e do espelho diferentes das dimensões dos restantes degraus do lanço, se a relação de duas vezes a altura do espelho mais uma vez a profundidade do cobertor se mantiver constante.	

		Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Elementos salientes	Existência de elementos salientes	Os degraus das escadas possuem elementos salientes nos planos de concordância entre o espelho e o cobertor.			Os degraus das escadas não devem possuir elementos salientes nos planos de concordância entre o espelho e o cobertor.	
	Arestas e extremidades	Os elementos que constituem as escadas apresentam arestas vivas ou extremidades projetadas perigosas.			Os elementos que constituem as escadas não devem apresentar arestas vivas ou extremidades projetadas perigosas.	

	Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)										
Existência de degraus isolados	Existem degraus isolados e/ou escadas constituídas por menos de três degraus, contados pelo número de espelhos.			É recomendável que não existam degraus isolados nem escadas constituídas por menos de três degraus, contados pelo número de espelhos; quando isto não for possível, os degraus devem estar claramente assinalados com um material de revestimento de textura diferente e cor contrastante com o restante piso.											
Meio de vencer o desnível	Sem forma de vencer o desnível.			É recomendável que não existam escadas, mas quando uma mudança de nível for inevitável, podem existir escadas se forem complementadas por rampas, ascensores ou plataformas elevatórias.											
Faixa de aproximação	Sem faixa de aproximação.			Devem possuir patamares superior e inferior com uma faixa de aproximação constituída por um material de revestimento de textura diferente e cor contrastante com o restante piso.											
Dimensões dos degraus	Não cumpram as relações dimensionais consideradas acessíveis.			Devem ser constituídas por degraus que cumpram uma das seguintes relações dimensionais: <div><div>(Valores em metros)</div><table><tr><th>Altura (espelho)</th><th>Comprimento (cobertor)</th></tr><tr><td>0,10</td><td>0,40 a 0,45</td></tr><tr><td>0,125</td><td>0,35 a 0,40</td></tr><tr><td>0,125 a 0,15</td><td>0,75</td></tr><tr><td>0,15</td><td>0,30 a 0,35</td></tr></table></div>	Altura (espelho)	Comprimento (cobertor)	0,10	0,40 a 0,45	0,125	0,35 a 0,40	0,125 a 0,15	0,75	0,15	0,30 a 0,35	
Altura (espelho)	Comprimento (cobertor)														
0,10	0,40 a 0,45														
0,125	0,35 a 0,40														
0,125 a 0,15	0,75														
0,15	0,30 a 0,35														

		Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Corrimãos	Altura	Os corrimãos das escadas apresentam uma altura dos corrimãos, medida verticalmente entre o focinho dos degraus e o bordo superior do elemento preensível, inferior a 0,85m e/ou superior a 0,9m.			Os corrimãos das escadas devem ter uma altura dos corrimãos, medida verticalmente entre o focinho dos degraus e o bordo superior do elemento preensível, compreendida entre 0,85m e 0,9m.	
	Prolongamento do topo	No topo da escada os corrimãos não se prolongam pelo menos 0,3m para além do último degrau do lanço, sendo esta extensão paralela ao piso.			No topo da escada os corrimãos devem prolongar-se pelo menos 0,3m para além do último degrau do lanço, sendo esta extensão paralela ao piso.	
	Prolongamento da base	Na base da escada os corrimãos não se prolongam para além do primeiro degrau do lanço numa extensão igual à dimensão do cobertor mantendo a inclinação da escada.			Na base da escada os corrimãos devem prolongar-se para além do primeiro degrau do lanço numa extensão igual à dimensão do cobertor mantendo a inclinação da escada.	
	Continuidade	Os corrimãos não são contínuos ao longo dos vários lanços da escada.			Os corrimãos devem ser contínuos ao longo dos vários lanços da escada.	
	Número	O corrimão não obedece às situações estipuladas.			<p>O corrimão deve obedecer a uma das seguintes situações:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Se vencerem desníveis superiores a 0,4 m devem ter corrimãos de ambos os lados ou um duplo corrimão central; 2) Se a largura da escadaria for superior a 3 m, ter corrimãos de ambos os lados e um duplo corrimão central, se a largura da escadaria for superior a 6m; 3) 	

C) Escadarias em Rampa na Via Pública

	Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Escadas	Tópico Escadaria na Via Pública com Classificação de Não Acessível	Tópico Escadaria na Via Pública com Classificação de Acessível só com Ajuda	Tópico Escadaria na Via Pública com Classificação de Acessível com Dificuldade	Tópico Escadaria na Via Pública com Classificação de Acessível Sem Dificuldade	
Inclinação	Os troços em rampa apresentam uma inclinação nominal superior a 6% .			Os troços em rampa devem ter uma inclinação nominal inferior a 6%.	
Desenvolvimento do degrau	Os troços em rampa apresentam um desenvolvimento, medido entre o focinho de um degrau e a base do degrau seguinte, inferior a 0,75m ou múltiplos inteiros deste valor.			Os troços em rampa devem ter um desenvolvimento, medido entre o focinho de um degrau e a base do degrau seguinte, superior a 0,75m ou múltiplos inteiros deste valor.	
Projeção horizontal	A projeção horizontal dos troços em rampa entre patins ou entre troços de nível é superior a 20m.			A projeção horizontal dos troços em rampa entre patins ou entre troços de nível deve ser inferior a 20m.	

D) Rampas na Via Pública

	Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Inclinação	Inclinação diferente no classificado como Acessível Sem Dificuldade			As rampas têm a menor inclinação possível e satisfazem uma das seguintes situações ou valores interpolados dos indicados: 1) Tem uma inclinação não superior a 6%, vence um desnível não superior a 0,6m e uma projeção horizontal não superior a 10m; 2) Tem uma inclinação não superior a 8%, vence um desnível não superior a 0,4m e uma projeção horizontal não superior a 5m.	
				Exceção: No caso de edifícios sujeitos a obras de alteração ou conservação, se as limitações de espaço impedirem a utilização de rampas com uma inclinação não superior a 8%, as rampas podem ter inclinações superiores se satisfizerem uma das seguintes situações ou valores interpolados dos indicados: 1) Ter uma inclinação não superior a 10%, vencer um desnível não superior a 0,2 m e ter uma projeção horizontal não superior a 2m; 2) Ter uma inclinação não superior a 12%, vencer um desnível não superior a 0,1 m e ter uma projeção horizontal não superior a 0,83m.	
Sinalização Tátil	Não possui faixas com as características estipuladas.			O revestimento de piso das rampas, no seu início e fim, deve ter faixas com diferenciação de textura e cor contrastante relativamente ao pavimento adjacente.	
Proteção	Não apresenta qualquer proteção.			As rampas e as plataformas horizontais de descanso com desníveis relativamente aos pisos adjacentes superiores a 0.1m e que vençam desníveis superiores a 0.3m devem ser ladeadas, em toda a sua extensão, de pelo menos um dos seguintes tipos de elementos de proteção: 1)Rebordos laterais com uma altura não inferior a 0,05m; 2)Paredes ou muretes sem interrupções com extensão superior a 0,3m; 3)Guardas com um espaçamento entre elementos verticais não superior a 0,3m; 4)Extensão lateral do pavimento da rampa com uma dimensão não inferior a 0,3m do lado exterior ao plano do corrimão; 5)Outras barreiras com uma distância entre o pavimento e o seu limite mais baixo não superior a 0,05m.	
	Largura inferior a 0,90m, exceto	Largura superior a		As rampas devem possuir uma largura igual ou superior a	

Largura	os casos referidos em Acessível Sem Dificuldade.	0,90m e inferior a 1,2m.		1,2m. Exceção: 1) Se as rampas tiverem uma projeção horizontal não superior a 5m, podem ter uma largura não inferior a 0,9m; 2) Se existirem duas rampas para o mesmo percurso, podem ter uma largura não inferior a 0,9m.	
----------------	--	--------------------------	--	---	--

		Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Corrimãos	Existência de Corrimãos	Não possui corrimãos, nem cumpre os requisitos exigidos para as exceções.			As rampas devem possuir corrimãos de ambos os lados, exceto nas seguintes situações: se vencerem um desnível inferior a 0,2m ou se vencerem um desnível compreendido entre 0,2m e 0,4m e não tiverem uma inclinação superior a 6%, podem ter apenas corrimãos de um dos lados.	
	Prolongamento do topo e da base	Prolongamento inferior a 0,3m.			Os corrimãos das rampas devem prolongar-se pelo menos 0,3m na base e no topo da rampa.	
	Continuidade	Descontínuos e não paralelos.			Os corrimãos das rampas devem ser contínuos ao longo dos vários lanços e patamares de descanso e paralelos ao piso da rampa.	
	Altura do piso	Sem elemento preênsil e/ou elemento a uma altura inferior a 0,85m e superior a 0,95m.			1) Em rampas com uma inclinação inferior ou igual 6%, o corrimão deve ter pelo menos um elemento preênsil a uma altura compreendida entre 0,85m e 0,95m.	
		Sem duplo corrimão e sem elemento preênsil ou com elemento e com altura inferior a 0,7m e superior a 0,75m ou inferior a 0,9m e superior a 0,95m.			1) Em rampas com uma inclinação superior a 6%, o corrimão deve ser duplo, com um elemento preênsil a uma altura compreendida entre 0,7 m e 0,75m e outro a uma altura compreendida entre 0,9 m e 0,95m.	
	Rampas que vencem desníveis superiores a 0,4m	Não obedece às especificações citadas.			1) As rampas que vencerem desníveis superiores a 0,4m devem ainda ter corrimãos de ambos os lados ou um duplo corrimão central, se a largura da rampa for superior a 3m; 2) As rampas que vencerem desníveis superiores a 0,4m devem ainda ter corrimãos de ambos os lados e um duplo corrimão central, se a largura da rampa for superior a 6m.	

		Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Plataforma Horizontal de Descanso	Número	Não apresenta plataformas horizontais de descanso.			As rampas possuem plataformas horizontais de descanso: 1)Na base e no topo de cada lanço, quando tiverem uma projeção horizontal superior ao especificado para cada inclinação; 2)Nos locais em que exista uma mudança de direção com um ângulo igual ou inferior a 90°.	
	Largura	Apresentam largura inferior à da rampa.			As plataformas horizontais de descanso devem ter uma largura igual ou superior à da rampa.	
	Comprimento	Apresentam um comprimento inferior a 1,5m.			As plataformas horizontais de descanso devem ter um comprimento igual ou superior a 1,5m.	

		Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Rampas em curva	Raio	O raio de curvatura é inferior a 3m, medido no perímetro interno da rampa.			Se existirem rampas em curva, o raio de curvatura é igual ou superior a 3m, medido no perímetro interno da rampa.	
	Inclinação	A inclinação é superior a 8%.			Se existirem rampas em curva, a inclinação é inferior a 8%.	

E) Passagens de Peões – Categorizações

	Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Altura do lancil	A altura em toda a largura das passagens de peões é superior a 0,17m.	Altura em toda a largura das passagens de peões entre 0,05 e 0,17m.	Altura em toda a largura das passagens de peões entre 0,02 e 0,05m.	A altura do lancil em toda a largura das passagens de peões é inferior a 0,02m.	
Inclinação na direção da passagem	Inclinação dos pisos e dos seus revestimentos na zona adjacente à passagem de peões na direção da passagem superior a 12%.	Inclinação dos pisos e dos seus revestimentos na zona adjacente à passagem de peões na direção da passagem entre 10 e 12%.	Inclinação dos pisos e dos seus revestimentos na zona adjacente à passagem de peões na direção da passagem entre 8 e 10%.	O pavimento do passeio na zona imediatamente adjacente à passagem de peões é rampeado, com uma inclinação igual ou inferior a 8% na direção da passagem de peões, de forma a estabelecer uma concordância entre o nível do pavimento do passeio e o nível do pavimento da faixa de rodagem.	
Inclinação na direção do lancil do passeio	Inclinação dos pisos e dos seus revestimentos na zona adjacente à passagem de peões na direção do lancil do passeio superior a 14%.	Inclinação dos pisos e dos seus revestimentos na zona adjacente à passagem de peões na direção do lancil do passeio entre 12 e 14%.	Inclinação dos pisos e dos seus revestimentos na zona adjacente à passagem de peões na direção do lancil do passeio entre 10 e 12%.	O pavimento do passeio na zona imediatamente adjacente à passagem de peões deve ser rampeado, com uma inclinação não superior a 10% na direção do lancil do passeio ou caminho de peões, de forma a estabelecer uma concordância entre o nível do pavimento do passeio e o nível do pavimento da faixa de rodagem.	
Largura das passagens de peões	Largura da passagem de peões inferior a 1,20m.			A zona de intercepção das passagens de peões com os separadores centrais das rodovias tem, em toda a largura das passagens de peões, uma dimensão igual ou superior a 1,20m.	
Inclinação do piso	Inclinação do piso e dos seus revestimentos superior a 8%, medidas na direção do atravessamento dos peões.	Inclinação do piso e dos seus revestimentos entre 5 e 8%, medidas na direção do atravessamento dos peões.	Inclinação do piso e dos seus revestimentos entre 2 e 5%, medidas na direção do atravessamento dos peões.	A zona de intercepção das passagens de peões com os separadores centrais das rodovias tem uma inclinação do piso e dos seus revestimentos não superior a 2%, medidas na direção do atravessamento dos peões.	
Semáforos	Os dispositivos semafóricos não existem ou não satisfazem qualquer condição.	Os dispositivos semafóricos satisfazem uma das condições.	Os dispositivos semafóricos satisfazem duas das condições.	Caso as passagens de peões estejam dotadas de dispositivos semafóricos de controlo da circulação, satisfazem as seguintes condições: 1) Nos semáforos que sinalizam a travessia de peões de acionamento manual, o dispositivo de acionamento está localizado a uma	

				<p>altura do piso compreendida entre 0,8m e 1,2mm;</p> <p>2) O sinal verde de travessia de peões está aberto o tempo suficiente para permitir a travessia, a uma velocidade de 0,4m/s, de toda a largura da via ou até ao separador central, quando ele exista;</p> <p>3) Os semáforos que sinalizam a travessia de peões instalados em vias com grande volume de tráfego de veículos ou intensidade de uso por pessoas com deficiência visual são equipados com mecanismos complementares que emitam um sinal sonoro quando o sinal estiver verde para os peões.</p>	
Obras de construção	As passagens de peões não cumprem qualquer condição.	As passagens de peões cumprem apenas uma das condições.	As passagens de peões cumprem duas das condições.	<p>Caso sejam realizadas obras de construção, reconstrução ou alteração, as passagens de peões:</p> <p>1) Têm os limites assinalados no piso por alteração da textura ou pintura com cor contrastante;</p> <p>2) Têm o início e o fim assinalados no piso dos passeios por sinalização tátil;</p> <p>3) Têm os sumidouros implantados a montante das passagens de peões, de modo a evitar o fluxo de águas pluviais nesta zona.</p>	

F) Passagens de peões desniveladas – Categorizações

		Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Rampas		Rampas com Classificação de Não Acessível ou escadaria na via pública Não Acessível ou não complementada por dispositivos mecânicos de elevação Acessíveis Sem Dificuldade (ascensores ou plataformas elevatórias, etc.)			Rampas com Classificação de Acessível Sem Dificuldade ou, quando isto não for possível, existir escadaria na via pública Acessível Sem Dificuldade complementadas por dispositivos mecânicos de elevação Acessíveis Sem Dificuldade (ascensores ou plataformas elevatórias, etc.)	
	Largura	As rampas de passagens de peões desniveladas apresentam largura inferior a 1,5m.			As rampas de passagens de peões desniveladas devem ter uma largura igual ou superior a 1,5m.	
	Corrimão	Sem corrimão ou corrimão com altura da superfície das rampas inferior a 0,75m e superior a 0,9m.			As rampas de passagens de peões desniveladas devem ter corrimãos duplos situados, respetivamente, a alturas da superfície da rampa de 0,75 m e de 0,9 m.	

		Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Escadas		Tópico Escadaria na Via Pública com Classificação de Não Acessível.			Tópico Escadaria na Via Pública com Classificação de Acessível Sem Dificuldade.	
	Lanços	Largura inferior a 1,5m.			Largura superior a 1,5m.	
	Patins	Largura inferior a 1,5m.			Largura superior a 1,5m.	
	Patamares	Largura inferior a 1,5m.			Largura superior a 1,5m.	
	Degraus	Altura (espelho) superior a 0,16m.			Altura (espelho) igual ou inferior a 0,16 m.	
	Patins intermédios	Não ter patins intermédios sempre que o desnível a vencer for superior a 1,5m.			Ter patins intermédios sempre que o desnível a vencer for superior a 1,5m.	
	Faixa de aproximação	Não tem uma faixa de aproximação nos patamares superior e inferior das escadas com um material de revestimento de textura diferente e cor contrastante com o restante piso.			Tem uma faixa de aproximação nos patamares superior e inferior das escadas com um material de revestimento de textura diferente e cor contrastante com o restante piso.	
	Rampa alternativa	Não apresenta rampa alternativa.			Apresenta rampa alternativa.	

G) Outros espaços de circulação e permanência de peões

	Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Passeios e caminhos de peões	Passeios adjacentes a vias principais e vias distribuidoras com uma largura livre inferior a 0,80m.	Passeios adjacentes a vias principais e vias distribuidoras com uma largura livre superior a 0,80m e inferior a 0,90m.	Passeios adjacentes a vias principais e vias distribuidoras com uma largura livre superior a 0,90m e inferior a 1,5m.	Os passeios adjacentes a vias principais e vias distribuidoras devem ter uma largura livre igual ou superior a 1,5m.	
				Exceção: Os pequenos acessos pedonais no interior de áreas plantadas, cujo comprimento total seja inferior a 7m podem ter uma largura livre igual ou superior a 0,9m.	
Escadas	Tópico Escadaria na Via Pública com Classificação de Não Acessível			Tópico Escadaria na Via Pública com Classificação de Acessível Sem Dificuldade	
Escadas em rampa	Tópico Escadaria em Rampa com Classificação de Não Acessível			Tópico Escadaria em Rampa com Classificação de Acessível Sem Dificuldade	
Rampas	Tópico Rampas na via pública com Classificação de Não Acessível			Tópico Rampas na via pública com Classificação de Acessível Sem Dificuldade	
Espaços superiores a 100m²	Não cumprem qualquer condição.			<p>Nos espaços de circulação e permanência de peões na via pública cuja área seja igual ou superior a 100 m², deve ser dada atenção especial às seguintes condições:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Deve assegurar-se a drenagem das águas pluviais, através de disposições técnicas e construtivas que garantam o rápido escoamento e a secagem dos pavimentos; 2) Deve proporcionar-se a legibilidade do espaço, através da adoção de elementos e texturas de pavimento que forneçam, nomeadamente às pessoas com deficiência da visão, a indicação dos principais percursos de atravessamento. 	

H) Espaços para estacionamento de viaturas

	Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Número de lugares reservados	Não cumpre os requisitos.			O número de lugares reservados para veículos em que um dos ocupantes seja uma pessoa com mobilidade condicionada deve ser pelo menos de: 1) Um lugar em espaços de estacionamento com uma lotação não superior a 10 lugares.	
	Não cumpre os requisitos.			O número de lugares reservados para veículos em que um dos ocupantes seja uma pessoa com mobilidade condicionada deve ser pelo menos de: 1) Dois lugares em espaços de estacionamento com uma lotação compreendida entre 11 e 25 lugares.	
	Não cumpre os requisitos.			O número de lugares reservados para veículos em que um dos ocupantes seja uma pessoa com mobilidade condicionada deve ser pelo menos de: 1) Três lugares em espaços de estacionamento com uma lotação compreendida entre 26 e 100 lugares.	
	Não cumpre os requisitos.			O número de lugares reservados para veículos em que um dos ocupantes seja uma pessoa com mobilidade condicionada deve ser pelo menos de: 1) Quatro lugares em espaços de estacionamento com uma lotação compreendida entre 101 e 500 lugares.	
	Não cumpre os requisitos.			O número de lugares reservados para veículos em que um dos ocupantes seja uma pessoa com mobilidade condicionada deve ser pelo menos de: 1) Um lugar por cada 100 lugares em espaços de estacionamento com uma lotação superior a 500 lugares.	

	Não Acessível (1)		Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Estacionamento reservado	Largura útil	Os lugares de estacionamento reservados apresentam uma largura inferior a 2,20m.	Os lugares de estacionamento reservados apresentam uma largura superior a 2,20m e inferior a 2,5m.		Os lugares de estacionamento reservados têm uma largura útil igual ou superior a 2,5m.	
	Faixa lateral	Os lugares de estacionamento reservados possuem uma faixa de acesso lateral com uma largura útil inferior a 1m.			Os lugares de estacionamento reservados possuem uma faixa de acesso lateral com uma largura útil igual ou superior a 1m.	
	Comprimento útil	Os lugares de estacionamento reservados apresentam um comprimento útil inferior a 4,5m.	Os lugares de estacionamento reservados apresentam um comprimento útil superior a 4,5m e inferior a 4m.		Os lugares de estacionamento reservados apresentam um comprimento útil igual ou superior a 5m.	
	Localização	Os lugares de estacionamento reservados não estão localizados ao longo do percurso acessível mais curto até à entrada/saída do espaço de estacionamento ou do equipamento que servem.			Os lugares de estacionamento reservados estão localizados ao longo do percurso acessível mais curto até à entrada/saída do espaço de estacionamento ou do equipamento que servem.	
	Local entrada / saída	Se existir mais de um local de entrada/saída no espaço de estacionamento, os lugares de estacionamento reservados não estão dispersos e localizados perto dos referidos locais.			Se existir mais de um local de entrada/saída no espaço de estacionamento, os lugares de estacionamento reservados estão dispersos e localizados perto dos referidos locais.	
	Limites	Os lugares de estacionamento reservados não têm os seus limites demarcados por linhas pintadas no piso em cor contrastante com a da restante			Os lugares de estacionamento reservados têm os seus limites demarcados por	

		superfície.			linhas pintadas no piso em cor contrastante com a da restante superfície.	
	Sinal horizontal	Os lugares de estacionamento reservados não estão reservados por um sinal horizontal com o símbolo internacional de acessibilidade, pintado no piso em cor contrastante com a da restante superfície e com uma dimensão igual ou superior a 1m de lado.			Os lugares de estacionamento reservados estão reservados por um sinal horizontal com o símbolo internacional de acessibilidade, pintado no piso em cor contrastante com a da restante superfície e com uma dimensão igual ou superior a 1m de lado.	
	Sinal vertical	Os lugares de estacionamento reservados não estão reservados por um sinal vertical com o símbolo de acessibilidade, visível mesmo quando o veículo se encontra estacionado.			Os lugares de estacionamento reservados estão reservados por um sinal vertical com o símbolo de acessibilidade, visível mesmo quando o veículo se encontra estacionado.	

	Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Comandos automáticos	Os comandos dos sistemas de fecho/abertura automático não podem ser acionados por uma pessoa com mobilidade condicionada a partir do interior de um automóvel.			Os comandos dos sistemas de fecho/abertura automático (exemplos: barreiras, portões) podem ser acionados por uma pessoa com mobilidade condicionada a partir do interior de um automóvel.	

I) Paragens de autocarros

		Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
	Obstáculos	Possui obstáculos.	Possui obstáculos temporários.		Não possui obstáculos.	
	Área adjacente	A paragem de autocarros contém uma área adjacente para embarque livre de obstáculos e com dimensões inferiores a 1.50m x 2.40m medidos na perpendicular relativamente ao lancil do passeio.			A paragem de autocarros contém uma área adjacente para embarque livre de obstáculos e com dimensões de 1.50m x 2.40m medidos na perpendicular relativamente ao lancil do passeio.	
	Ligação com passeios	A zona de embarque de 1.50m x 2.40m não tem ligações com passeios adjacentes ou zonas pedonais através de percursos acessíveis.			A zona de embarque de 1.50m x 2.40m tem ligações com passeios adjacentes ou zonas pedonais através de percursos acessíveis.	
Acesso	Escada	Tópico Escadas com Classificação de Não Acessível.	Tópico Escadas com Classificação de Não Acessível.	Tópico Escadas com Classificação de Não Acessível.	Tópico Escadaria em Rampa com Classificação de Acessível Sem Dificuldade.	
	Rampa	Tópico Rampas na via pública com Classificação de Não Acessível.	Tópico Rampas na via pública com Classificação de Acessível só com Ajuda.	Tópico Rampas na via pública com Classificação de Acessível com Dificuldade.	Tópico Rampas na via pública com Classificação de Acessível Sem Dificuldade.	
	Informação	Informação ilegível sobre os horários em curso dos respetivos transportes e linhas de itinerários.			Informação legível sobre os horários em curso dos respetivos transportes e linhas de itinerários.	
	Espaço aproximação	Espaço de aproximação do autocarro inferior a 5 m para a frente e inferior a 25 m para trás dos sinais indicativos da paragem dos veículos de transporte colectivo de pessoas.			Espaço de 5m para a frente e 25m para trás dos sinais indicativos da paragem dos veículos de transporte coletivo de pessoas.	

		Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Sem abrigo	Placa	A placa informativa obstrui o passeio.			A placa informativa não obstrui o passeio.	

		Não Acessível (1)	Acessível só com Ajuda (2)	Acessível com Dificuldade (3)	Acessível sem Dificuldade (4)	Não Aplicável (5)
Abrigo	Dimensões	O abrigo apresenta dimensões interiores inferiores a 120cm x 75cm.			O abrigo apresenta dimensões interiores de 120cm x 75cm.	
	Pavimento	O pavimento do abrigo não apresenta as características.	O pavimento do abrigo apresenta uma das características.	O pavimento do abrigo apresenta duas das características.	O pavimento do abrigo apresenta as seguintes características: liso, antiderrapante e compacto.	
	Lancil	A altura do lancil de entrada para o abrigo é superior a 0,17m.	A altura do lancil de entrada para o abrigo é entre 0,05 e 0,17m.	A altura do lancil de entrada para o abrigo é entre 0,02 e 0,05m.	A altura do lancil de entrada para o abrigo é inferior ou igual a 0,02m.	
	Acesso	O acesso frontal ou lateral do abrigo apresenta uma largura inferior a 0,75m.	O acesso frontal ou lateral do abrigo apresenta uma largura entre 0,75 e 0,77m.	O acesso frontal ou lateral do abrigo apresenta uma largura entre 0,77 e 0,80m.	O acesso frontal ou lateral do abrigo apresenta uma largura igual ou superior a 0,80m.	
	Zona Permanência	A zona livre para o acesso e a permanência dentro das paragens deve ter dimensões que satisfaçam o definido em seguida: A<0,75m B<1,20 m			A zona livre para o acesso e a permanência dentro das paragens apresenta as seguintes dimensões: 